

Universidad Pablo de Olavide, Sevilla  
Programa de Doctorado  
Derechos Humanos y Desarrollo

**EL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS POST-CONFLICTO: ¿POR QUÉ LAS  
INVERSIONES EN UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DEBEN SER PRIORIDAD?  
LAS LECCIONES DE ANGOLA**

**NADEJDA RODRIGUES MARQUES**

Sevilla – España

2014

Universidad Pablo de Olavide, Sevilla  
Programa de Doctorado  
Derechos Humanos y Desarrollo

**EL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS POST-CONFLICTO: ¿POR QUÉ LAS  
INVERSIONES EN UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DEBEN SER PRIORIDAD?  
LAS LECCIONES DE ANGOLA**

**NADEJDA RODRIGUES MARQUES**

Tesis desarrollada para el Departamento de  
Derecho Privado de la Universidad Pablo de  
Olavide, como requisito para la obtención  
del título de Doctorado en Derechos  
Humanos y Desarrollo.

Directora de Tesis: Dra. Carol Proner  
Tutora de Tesis: Dra. Laura López de la Cruz

Sevilla  
2014

A Jarbas Pereira Marques y  
Joaquín Herrera Flores  
(*in memoriam*)

## AGRADECIMIENTOS

Me interesé por primera vez por la evaluación y seguimiento de las violaciones de los derechos en las sociedades post-conflicto mientras realizaba una investigación preliminar sobre los indicadores sociales y la necesidad de analizar las políticas públicas para evaluar el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales. Este era el tema original de mi proyecto de tesis en el Programa de Doctorado en Derechos Humanos y Desarrollo de la Universidad Pablo de Olavide por orientación del maestro y querido Profesor Joaquín Herrera Flores. He tenido el privilegio de investigar y documentar la situación de los derechos humanos en Angola en contextos diferentes desde el final de la guerra civil, en 2002, hasta el 2013. Durante el proceso de elaboración de esta tesis varias personas han participado y me han apoyado de una forma u otra. Presento mi sincera gratitud a todos y todas nombrando apenas a los más directamente involucrados en este largo proceso. Agradezco en primer lugar a mi directora de Tesis, la Dra. Carol Proner (Universidad Federal de Río de Janeiro) y a mi tutora de tesis, la Dra. Laura Lopez de la Cruz (Universidad Pablo de Olavide). Agradezco al vice-rector de Postgrado, Formación Permanente y Empleo de la Universidad Pablo de Olavide, el Dr. Miguel Ángel Gual Font, por su voto de confianza y apoyo al proyecto. A Inmaculada Medina por su ayuda con los trámites procesuales en el Centro de Estudios de Postgrado (CEDEP) de la Universidad Pablo de Olavide.

Agradezco al profesor Amartya Sen, Sudhir Anand y la Condesa Albina du Boisrouvray por la inspiración y por la oportunidad de trabajar en el proyecto del Costo de Inacción en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Agradezco al Profesor Dr. Chris Desmond (Universidad de Durban, África del Sur) por el estímulo en la fase inicial del trabajo. A la Dra. Ana Maria Goldoni y el Dr. Edward Telles (Universidad de Princeton, E.E.U.U) por su apoyo, comentarios y correcciones. A los Profesores James Louis Cavallaro (Universidad de Stanford, E.E.U.U), Dr. César Rodríguez Garavito (Universidad de Los Andes, Colombia), Dr. Wladimir Brito (Universidad do Minho, Portugal) y Dr. Sérgio Puig (Universidad de Stanford, E.E.U.U.) por su disponibilidad y generosidad con su tiempo y comentarios. Agradezco a la profesora Alicia de la Peña (Universidad Antonio de Nebrija, Madrid) por la revisión y corrección del texto. Agradezco a todos los compañeros de la *Associação Justiça Paz e Democracia* (AJPD) en Angola y al Profesor Fernando Macedo (Universidade Lusíadas de Angola) por su ejemplo, disciplina y amistad. También quiero darles las gracias a algunas personas de mi círculo más íntimo. A mis amigos Luis y Jesús, que se dispusieron a leer y comentar partes de la tesis en la fase inicial del trabajo. A mi madre, Tércia, por su amor y cariño durante los momentos más críticos del trabajo de investigación. A mi padre, Sebastião, por los comentarios y la crítica más fiel que sólo el que ama profundamente puede hacer. A mis hermanos, Cybelle y Sebastião, por el ejemplo de determinación y carácter. A mi querida hija Mara por su paciencia y amor durante todo el tiempo y a mi inspiración y siempre fuente de admiración, Jim, responsable de parte de la concepción de la cuestión inicial de este trabajo que me ha dado amor y apoyo incondicional durante toda su ejecución. Muchas Gracias.

**Abstract:** Over the past several decades, States, during times of post-conflict transitions, have deemphasized or expressly excluded basic obligations under the International Covenant on the Economic Social and Cultural Rights (ICESCR). The ICESCR does not contain a derogation clause but a combination of factors such as frail mechanisms of accountability and monitoring of human rights violations at national and international level have permitted countries in transition to navigate under the radar. This situation is particularly grave with regards to health rights. Governments and foreign assistance programs while focusing on stabilization and reconstruction in states emerging from conflict have often failed to promote healthcare as an important component for development and security in a society. Based on the Angolan case, this work shows how investing in healthcare systems address intrinsic challenges of post-conflict societies that allow for political, economic and social stability generating a successful transition and alleviating human suffering. Support for investment in public health is greatly bolstered by the fact that investment in this area immediately after the end of conflict pays vastly higher dividends than if done at another period, rendering the transition a critical moment in this regard. In addition, under the framework of transitional justice, investments in a public healthcare system enables a mechanism of collective reparation for abuses committed during armed conflict important in the reconciliation process. *Jus in pacem* relates to the obligation to rebuild, reconstruct and reconcile after conflicts. As a matter of ethics, human rights should guide how a country conducts the situation once the war is over and health should be a priority. Yet it is economic considerations that tip the balance in favor of investment in human dignity through health care in the transition, given that the return on this investment in human and economic terms justifies, if not requires, special attention during this special period.

**Resumen:** En tiempos de transiciones después de los conflictos, se observa una tendencia que permite a los Estados en eludir obligaciones básicas en virtud del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC). Aunque el Pacto no contiene una cláusula de excepción, una combinación de factores tales como mecanismos débiles de rendición de cuentas y supervisión de violaciones de derechos humanos a nivel nacional e internacional han permitido a los países en transición navegar por debajo del radar. Esta situación es particularmente grave con respecto a los derechos de la salud. Los gobiernos y los programas de ayuda exterior, mientras que se centran en la estabilización y reconstrucción en los Estados que salen de conflictos, a menudo han fracasado en promover la salud como un componente importante para el desarrollo y la seguridad en una sociedad. Este estudio, basado en el caso de Angola, demuestra cómo la inversión en sistemas de salud sirve para enfrentar los desafíos intrínsecos de las sociedades “post-conflicto”, permitiendo una estabilidad política, económica y social, generando una transición exitosa y aliviando el sufrimiento humano. Es más: este estudio demuestra que las inversiones hechas inmediatamente después del fin de un conflicto rinden mucho más que en otros momentos históricos, haciendo del inicio de la transición un momento crítico en el desarrollo futuro del país. Además, en el marco de la justicia transicional, la inversión en un sistema de salud pública puede constituir un mecanismo de reparación colectiva para paliar los abusos cometidos durante el conflicto armado, importante factor en el proceso de reconciliación. *Jus in pacem* se refiere a la obligación de construir, reconstruir y reconciliar después de los conflictos. Como principio ético, los derechos humanos deben guiar cómo un país lleva a cabo la situación una vez que la guerra ha terminado y la salud debe ser una de las prioridades. Pero las consideraciones económicas también pesan a favor de la inversión en la dignidad humana en la transición, ya que el retorno en términos humanos y económicos justifica, si no exige, la atención especial a la salud pública durante la transición.

## Índice

AGRADECIMIENTOS .....	4
Abstract: .....	5
Resumen: .....	5
Introducción .....	10
Capítulo I - Angola: un estudio de caso .....	26
1.1. La independencia .....	26
1.2. Angola en la posguerra .....	31
1.2.1. La economía de la posguerra .....	31
1.2.2. La salud en la posguerra.....	35
1.2.2.1. El crecimiento acelerado de la población.....	39
1.2.2.2. La urbanización.....	42
1.2.2.3. La pobreza.....	43
1.2.2.4. El colapso de la infraestructura y el sistema de salud .....	44
1.2.2.5. La escasez de profesionales .....	50
1.2.2.6. Un sistema político-económico frágil .....	51
Parte II - ¿Por qué las inversiones en sistemas de salud pública deben ser prioridad? .....	55
Capítulo II - La noción de salud como derecho .....	55
2.1. El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales .....	60
2.1.1. La obligación de no discriminación .....	65
2.1.2. La obligación de proteger .....	66
2.1.3. La obligación de respetar y cumplir con las condiciones mínimas de salud.....	67
2.2. La salud en instrumentos regionales de derechos humanos .....	69
2.3. La salud y las convenciones internacionales ratificadas por Angola .....	70
Capítulo III - La salud y la legislación nacional .....	79
3.1. La salud como derecho constitucional .....	81
3.2. El derecho a la salud en constituciones de países en situación de post-conflicto .....	86
Capítulo IV - Instituciones extranacionales .....	91
4.1. Instituciones de las Naciones Unidas .....	92
4.1.1. La Organización Mundial de la Salud.....	92
4.1.2. El Consejo de Derechos Humanos .....	94
4.1.3. La Organización Internacional del Trabajo.....	97

4.1.4. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.....	98
Parte III – Los retornos financieros y el impacto en la salud.....	102
Capítulo V - El argumento económico para inversiones en un sistema de salud pública.....	102
5.1. El diseño y los costes de un sistema de salud pública para Angola.....	104
5.2. Los beneficios e impactos de un sistema de salud pública en Angola.....	117
Capítulo VI – La salud como respuesta a la “doctrina del choque”.....	136
6.1. La guerra es un choque .....	138
6.1.1. Una receta rápida .....	142
6.1.2. La desorientación .....	144
6.1.3. El Consenso de Washington .....	147
6.2. La salud contra el choque.....	148
Capítulo VII - El impacto de la salud en otros derechos.....	159
7.1. El consenso sobre la interdependencia de los derechos a nivel internacional.....	160
7.2. Un análisis empírico de los efectos de la salud en la educación .....	162
7.3. Las necesidades de las sociedades post-conflicto .....	167
Capítulo VIII - La salud y la democracia.....	173
8.1. El proceso democrático en Angola .....	175
8.2. La demanda por democracia en Angola.....	180
8.3. El impacto de la democracia en la salud .....	189
8.3.1. La salud, el Estado de Derecho y las instituciones políticas.....	190
8.3.2. La participación activa y la cultura política .....	191
8.3.3. El desarrollo de la sociedad civil y de la cultura cívica .....	192
8.3.4. La salud y la legitimidad política.....	193
Capítulo IX - La salud, la pobreza y el desarrollo .....	195
9.1. Definiciones de pobreza.....	196
9.2. Definiciones de desarrollo .....	199
Capítulo X - La salud y la justicia transicional.....	207
10.1. Los mecanismos de justicia de transición .....	208
10.2. El Tribunal Penal Internacional y el Fondo Fiduciario para las Víctimas .....	213
Capítulo XI - La monitorización del derecho a la salud .....	216
11.1. Informes y relatorías sobre los DESC.....	217
11.2. Los indicadores sociales.....	220

11.2.1. ¿Cómo se calculan los indicadores?.....	222
11.2.2. Indicadores sociales del PNUD.....	225
11.2.3. Indicadores sociales mínimos .....	228
11.2.4. La iniciativa de <i>Social Watch</i> .....	230
11.2.5. El índice de Guerra Sucia.....	233
11.3. Angola y los informes sobre derechos humanos.....	234
Conclusión .....	239
BIBLIOGRAFIA .....	248
Documentos de Las Naciones Unidas.....	256
Informes, noticiarios y otras notas .....	260
ABREVIATURAS.....	265



## Índice de Tablas y Figuras

Tabla 3.1 – Porcentual de Constituciones que incluyen el derecho a la salud .....	78
Tabla 5.1. Estimativas de requerimientos y costos de un sistema de salud pública para Angola que utiliza agentes comunitarios .....	110
Figura 5.1. Relación entre pobreza, mortalidad infantil y tasa de fecundidad .....	115
Tabla 5.2. Estimativa de los Beneficios Constitutivos Cuantificables .....	121
Tabla 5.3. Ejemplos de Beneficios Consecuenciales que resultan de beneficios constitutivos .....	124
Tabla 5.4. Beneficios Consecuenciales que resultan de la reducción de la mortalidad y morbilidad adulta .....	128
Tabla 5.5 Beneficios Consecuenciales que resultan de la reducción de la tasa de fecundidad .....	129
Tabla 5.6. Beneficios consecuenciales cuantificables que resultan de la renta pagada a los profesionales de salud comunitarios .....	131
Tabla 5.7. Beneficios consecuenciales no-cuantificables que resultan de la renta pagada a los profesionales de salud comunitarios .....	132
Tabla 6.1 – Relación de programas de salud mental adoptados por países después de una emergencia .....	151
Figura 6.1. Relaciones que decorren de inversiones en un sistema de salud pública durante momentos de transición post-conflicto .....	156
Tabla 9.1 - Clasificación y Índice de Desarrollo Humano para países en situación de transición post-conflicto .....	201

## Introducción

***“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”***  
– Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 3°.

En los años 80, los estudios sobre resolución de conflictos se basaban sobretudo en cuestiones legalistas relacionadas con la implementación de acuerdos de paz negociados y firmados entre los líderes insurgentes a través de la influencia de la comunidad internacional. Con ese enfoque, el éxito del proceso de negociación y del acuerdo de paz reflejaba el poder de influencia de los actores internacionales sobre los líderes insurgentes. En los procesos de negociación y resolución de conflictos, poco o casi nada se incluía sobre los intereses de las poblaciones civiles involucradas ni de las víctimas de la guerra. Los derechos humanos y particularmente los derechos económicos, sociales y culturales estaban en segundo plano. Como resultado, el éxito de los acuerdos de paz no siempre significaba el éxito del proceso de paz en sí y los conflictos parecían recurrentes.

En 1996, Fen Osler Hampson en su libro *Nurturing Peace: Why Peace Settlements Succeed or Fail* presenta cuatro posibles indicadores explicativos para el éxito del proceso de paz. En primer lugar está el apoyo internacional al proceso de paz. El segundo indicador es el deseo intrínseco de las partes insurgentes de que haya paz. El tercero, la existencia de un sistema regional para compartir el poder; y el cuarto, la inclusión de formas y mecanismos para compartir el poder en los acuerdos de paz.<sup>1</sup>

Esos indicativos, así como los de Barbara Walter, aunque reconocen que la paz que se origina de acuerdos de paz es más frágil que la paz obtenida por la victoria militar, se concentran

---

<sup>1</sup> Hampson, F.O., *Nurturing Peace: Why Peace Settlements Succeed or Fail*. US Institute of Peace Press. Washington D.C., 1996.

en los procesos de negociación de los acuerdos de paz. Walter hace incluso más hincapié en las garantías y en el proceso de implementación de los acuerdos de paz a través de una tercera parte (*third party*) y la teoría de los compromisos creíbles (*credible commitment theory*) para la resolución de guerras civiles.<sup>2</sup>

Sin duda, esos análisis fueron innovadores y muy importantes para demostrar el rol de agentes extranjeros, sobretudo de los países vecinos, en los procesos de paz. No obstante, no fueron suficientes para explicar varios conflictos de su época como los de Angola, Ruanda y Liberia. Angola, por ejemplo, tuvo cuatro acuerdos de paz, Lusaka (1983), Nueva York (1988), Bicesse (1991) y Lusaka (1994) que fracasaron categóricamente.<sup>3</sup> Los acuerdos de paz en esos países y los análisis fracasaron principalmente porque frecuentemente generalizaban sobre los conflictos, reforzando el rol intervencionista de la comunidad internacional, y se fijaban los objetivos de resultados a muy corto plazo.

Un estudio sobre los determinantes del éxito en la implementación de acuerdos de paz, realizado entre 1997 y 2001 por El Centro para Seguridad Internacional y Cooperación de la Universidad de Stanford (*Center for International Security and Cooperation, CISAC*) y la Academia Internacional por la Paz (*International Peace Academy*), identificó que en general los acuerdos de paz tienen recursos limitados para implementar una gran cantidad de componentes necesarios para la transición de la posguerra, desde la protección de los derechos humanos, repatriación de refugiados y el desarme y la desmovilización de combatientes hasta la

---

<sup>2</sup> Walter, B.F., *Committing to Peace: The Successful Settlement of Civil Wars*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey. 2002.

<sup>3</sup> La UNITA, uno de los principales grupos combatientes en Angola, también se negó a firmar el acuerdo de Abidjan en 1993. Messiant, C., “Why did Bicesse and Lusaka fail? A critical analysis.” *Accord*, Volumen 15, 2004.

convocatoria de elecciones y la creación de instituciones democráticas.<sup>4</sup> Según el mismo estudio, se debería dar prioridad a la desmovilización y desmilitarización de combatientes, a la garantía de seguridad con reformas policiales y judiciales y al fortalecimiento de organizaciones de derechos humanos y de reconciliación.<sup>5</sup>

Estas recomendaciones son importantes pero todavía se desarrollan con un grado significativo de generalización que no garantiza el éxito de la transición y la consolidación de la paz. Por eso, los autores, Stedman y Rothchild, buscando explicar el éxito o no de los acuerdos de paz, han identificado seis barreras a la implementación plena de los acuerdos de paz: (1) el lenguaje vago o ambiguo de los acuerdos; (2) la falta de coordinación entre los mediadores, (3) entre los implementadores y (4) entre las agencias implementadoras; (5) los intereses de *spoilers* (agentes interesados en usar la violencia para debilitar el proceso de paz); y (6) un enfoque a corto plazo.

Este análisis añadiría dos barreras más al éxito de la transición y consolidación de la paz: (1) la falta de inclusión de la sociedad civil en el proceso de negociación de la paz y (2) la falta de inversiones directas en sistemas de salud pública en la posguerra. Este análisis busca demostrar cómo la construcción, o reconstrucción, de un sistema de salud pública en sociedades post-conflicto no solo es fundamental para el respeto a los derechos humanos, el desarrollo de instituciones democráticas y la consolidación del proceso de paz, sino también constituye una inversión excelente con excelentes retornos financieros y beneficios humanos fundamentales para el desarrollo sostenible del país.

---

<sup>4</sup> Stedman, S., Rothchild, D., Cousens, E., *Ending Civil Wars: The Implementation of Peace Agreements*. The International Peace Academy. 2002.

<sup>5</sup> Idem.

Aunque los conflictos actuales no se resuelven solamente por acuerdos de paz, los elementos identificados por Stedman y Rothchild son válidos también para contextos en los que los conflictos terminan con una victoria militar de una de las partes. En ese caso, las barreras son traducidas por: (1) la efectividad de implantación de políticas públicas que tratan las causas del conflicto y (2) de políticas que generan condiciones para el desarrollo democrático y económico.

Es necesario que las políticas públicas, a su vez, sean específicas, inclusivas de la población civil y de ex-combatientes, con objetivos a corto y largo plazo. Así, las barreras al éxito de las transiciones post-conflicto se verían disminuidas si hubiera una implementación de políticas que incluyeran a la sociedad civil en el proceso de negociación de la paz y si también se ofrecieran inversiones directas en sistemas de salud pública. Es decir, la inclusión de la sociedad civil y las inversiones en sistemas de salud pública sirven tanto para situaciones de conflicto que terminan por medio de negociaciones de acuerdos de paz como también para momentos de posguerra donde el fin del conflicto se obtiene por victoria militar de uno de los grupos insurgentes, como ocurrió en Angola en 2002.

Actualmente, hay, por lo menos, 60 países involucrados en conflictos violentos en el mundo. Esos conflictos resultan en millones de víctimas por violencia directa además de otros millones de víctimas indirectas. Los efectos indirectos, resultantes de consecuencias indirectas del conflicto como la destrucción de la infraestructura y de las instituciones de la sociedad, pueden ser incluso fatales. La violencia también tiene consecuencias físicas, sociales y psicológicas a largo plazo que no se extinguen con el fin del conflicto y, en ese sentido, este análisis identifica que las inversiones en la salud pública son capaces de generar, a un coste relativamente bajo, un desarrollo exitoso de estructuras de derechos humanos y de la democracia. Además, implementadas antes, inmediatamente después de la guerra, estas inversiones en la

salud pública son más eficaces, más baratas, fortalecen el Estado distribuyendo la riqueza, y ofrecen un contrapunto al recetario de la ideología neoliberal, o “la doctrina del choque”, concepto desarrollado por Naomi Klein para explicar el avance de las políticas neoliberales en contextos de extrema vulnerabilidad debido a catástrofes naturales o guerra civil.

Este análisis identifica que después de períodos de conflicto armado, las sociedades post-conflicto experimentan cinco fenómenos importantes que afectan a los niveles de salud pública y al desarrollo: (1) crecimiento de la población; (2) urbanización acelerada y desplazamiento de poblaciones; (3) severos niveles de pobreza; (4) fragilidad y/o insuficiencia de infraestructura básica; y (5) escasez de profesionales calificados. La situación en Angola ejemplifica esos fenómenos y por eso las lecciones de Angola son tan importantes para comprender el impacto que un sistema de salud pública podría tener.

En primer lugar, los países en situación post-conflicto experimentan un crecimiento acelerado de la población. Eso es, principalmente, porque los índices de mortalidad, sobre todo relacionados con las muertes en conflicto directo se reducen y porque el índice de natalidad post-conflicto aumenta. Esa población creciente ejerce una demanda también creciente de servicios de salud. Si un Estado no cubre esas necesidades de salud básica, con el paso del tiempo las necesidades se tornan crecientes, cumulativas, más complejas y más caras.

El segundo fenómeno es el de la urbanización. Después de conflictos armados, las zonas rurales sufren más con la insuficiencia de infraestructura de todo tipo, generando el éxodo rural. Además, los conflictos frecuentemente provocan el desplazamiento de las poblaciones y la ruptura con los lazos de pertenencia al lugar de origen facilitando el proceso de urbanización. En otras palabras, el contexto de la posguerra posibilita y, a su vez, incentiva la urbanización.

La urbanización en sí misma no es necesariamente un problema social o de salud pública. De hecho, el ambiente urbano es propicio para la divulgación de información y conceptos importantes para la salud como la higiene personal y la prevención de enfermedades. Pero, si el proceso de urbanización no está minimamente organizado puede facilitar y ampliar las condiciones para epidemias u otras complicaciones de la condición de la salud pública.

La pobreza individual y colectiva generalizada también es una consecuencia de los conflictos. Eso no quiere decir que los países en conflicto o post-conflicto sean pobres en términos absolutos. De hecho, muchas veces, los conflictos son generados por la riqueza y la disputa por el reparto de la riqueza en esos países, sobre todo cuando se tratan de riquezas naturales. Pero, en situaciones post-conflicto, se observa la destitución del patrimonio de los ciudadanos y de las formas de producción y mantenimiento de los individuos. Como analizaremos más adelante, la pobreza tiene efectos profundos en el grado de salud individual y colectiva. Las inversiones en sistemas de salud pública son una forma de distribución de riqueza y una forma importante de tratar las causas inherentes a la mayoría de los conflictos.

Los conflictos llevan a una interrupción o destrucción de las principales infraestructuras, desde aeropuertos, carreteras u otras vías de transporte de personas y productos, incluso para distribución de alimentos, hasta la destrucción de escuelas, hospitales y lugares públicos como tribunales o espacios gubernamentales. La destrucción física es simultánea a la destrucción de los sistemas de organización y administración pública. Así, la destrucción de la infraestructura provoca el colapso del sistema de salud y médico. La violencia y la destrucción provocan un estado de trauma con efectos físicos y psíquicos en la población que se queda en estado de desorientación y regresión. Ese estado no permite que los ciudadanos puedan organizarse para buscar lo que les correspondía de derecho antes de la guerra.

Naomi Klein expuso cómo en esos momentos de desorientación son implementadas políticas neoliberales que resultan en más desigualdad de renta y concentración de poder. La reconstrucción y el fortalecimiento de un sistema de salud pública, si una sociedad aprovecha la oportunidad histórica, permiten una recuperación del “estado de choque” y trauma de la sociedad para que esta pueda reorganizarse y, de forma participativa y activa, reivindicar sus derechos negociando sobre sus necesidades básicas. Además, las inversiones en un sistema de salud pública empodera al Estado con mayor capacidad de responder a las necesidades de la población. La construcción, o reconstrucción, de sistemas de salud pública en sociedades post-conflicto es fundamental para el respeto a los derechos humanos, el desarrollo de instituciones democráticas y la consolidación del proceso de paz. Sin embargo, estas iniciativas participativas y de búsqueda de fortalecimiento de la ciudadanía chocan con los impulsos de lo que Klein llama ‘el capitalismo de desastre’.

Otra característica importante de los contextos post-conflicto es la escasez de profesionales y recursos humanos. Durante los conflictos, profesionales de todas las áreas son de los primeros blancos de la violencia. Eso es porque son mirados como líderes o líderes en potencia. Además, los profesionales son generalmente parte de una clase media que a veces tiene recursos para escapar del conflicto. La escasez de profesionales también se ve reflejada en la escasez de indicadores y datos sobre violaciones de los derechos humanos en países que salen de un conflicto, más ejemplarmente Angola, país que se analiza en esta tesis, contribuyendo a la impresión de que los derechos humanos se encuentran suspendidos en nombre de la paz y de la transición democrática.

Es preocupante que se justifiquen una serie de particularidades que ocurren en las sociedades post-conflictos y que, de hecho, pueden socavar la realización de los derechos



humanos. Además, en estas sociedades, existen mecanismos muy limitados de rendición de cuentas y control de abusos. Las organizaciones de la sociedad civil a menudo son incipientes y carecen de experiencia. Tampoco tienen la experiencia y los recursos para supervisar adecuadamente el comportamiento del gobierno. Los mecanismos de rendición de cuentas horizontales, como un legislativo independiente o un poder judicial y otras instituciones gubernamentales que se dediquen al control y la protección de los derechos, son limitados o inexistentes. Los medios de comunicación se subordinan con frecuencia al gobierno o al partido en el poder y, en general, la comunidad internacional carece de instrumentos adecuados para monitorear objetivamente el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales en esas situaciones. Además, hay una tendencia de la comunidad internacional a seguir las recetas implementadas en otras situaciones de transición en vez de analizar el contexto específico de un país o región específica. Los autores Cavallaro y Albuja han mostrado, por ejemplo, la tendencia de excluir los crímenes económicos de los mandatos de las comisiones de la verdad como forma de imitación (*mimicry*), es decir, de copiar los modelos de comisiones de la verdad existentes, desarrollados en sociedades con condiciones económicas bien diferentes a las de Angola.

Cerca de la mitad de los acuerdos de paz fallan en los primeros cinco años de existencia – fenómeno conocido como ‘la trampa del conflicto’ (*the conflict trap*).<sup>6</sup> En gran parte eso ocurre porque los acuerdos no tratan necesariamente las tensiones que generan los conflictos, los intereses y las necesidades de la sociedad civil y el desarrollo de la justicia, derechos humanos y reconciliación en la posguerra desde las estructuras internas y nacionales de la sociedad. Esos

---

<sup>6</sup> Hegre, H., Nygard, H.M., Strand, H. Gates, S. y Flaten, R.D., *The Conflict Trap*. Octubre 2011.

fenómenos contribuyen para que el período después de los acuerdos de paz, o al final de un conflicto, sea muy frágil, con inseguridades y riesgos de un nuevo conflicto.

Además, en tiempos de transición post-conflicto parece haber una laguna que permite que ocurran violaciones de los derechos humanos. En particular, ocurren violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales que pasan inadvertidos o son excusados por la idea de que vienen derivados de la reconstrucción o la transición política. El derecho a la salud es un ejemplo importante de esta situación. Sin embargo, una transición que no considera la salud como prioridad alcanza un desarrollo limitado y vulnerable. Así se define el tema de esta tesis: el derecho a la salud en contextos “post-conflicto”, períodos de 10 a 15 años de transición desde un conflicto violento o guerra civil hasta un gobierno más democrático, y la necesidad de inversiones en sistemas de salud pública para el éxito de esta transición.

Con base en el método inductivo, que se basa en la consideración del caso específico de Angola, y el método deductivo, en la medida en que se propone una conclusión general a los contextos post-conflicto, esta tesis defiende que la implementación de sistemas de salud pública y no sistemas de salud privada debe ser una prioridad en contextos post-conflictos porque el derecho a la salud es fundamental para enfrentar los desafíos intrínsecos a esas sociedades promoviendo la estabilidad política, económica y social, generando una transición exitosa y aliviando el sufrimiento humano.

Usando como base documentación directa e indirecta (leyes, pareceres, comentarios, revisión bibliográfica de libros, artículos y otros medios) sobre la experiencia de Angola, se busca demostrar que las inversiones en un sistema de salud pública de calidad durante los primeros momentos post-conflicto tienen un retorno financiero significativo y son fundamentales

para el éxito del proceso de transición, el respeto a los derechos humanos y la posibilidad de consolidación de la democracia.

La tesis está dividida en tres partes que comportan (1) las particularidades del contexto de Angola, (2) el marco jurídico del derecho a la salud y (3) los retornos e impactos que se originan desde un sistema de salud pública. La primera parte, presentada en el Capítulo I, incluye un análisis histórico, económico y social del conflicto poscolonial y de la posguerra en Angola. El conflicto en Angola es emblemático por una serie de razones. Angola fue uno de los últimos países de África en obtener su independencia de Portugal en 1975, aunque las guerras de independencia en Angola empezaran en 1961.

Después de la independencia, Angola se enfrentó casi tres décadas de guerra civil con millones de víctimas fatales, desplazamientos forzados, refugiados y graves violaciones de los derechos humanos cometidos por los principales grupos independentistas. El conflicto en Angola experimentó tres acuerdos de paz que fracasaron hasta la victoria militar del partido en el gobierno (Movimento Popular para a Libertação de Angola, MPLA) en 2002. Desde entonces, el país vive un período de transición rico con una nueva constitución (2010) y elecciones (2012).

Las riquezas naturales de Angola, sobre todo las rentas producidas por las exportaciones de petróleo, han propiciado un crecimiento económico que no se ha transferido a la población y el Índice de Desarrollo Humano de Angola sigue siendo uno de los más bajos del mundo. De hecho, las condiciones de la población en Angola son de las peores de África. De manera similar, hay una gran falta de respeto a los derechos humanos, sobre todo por el derecho a la salud.

La segunda parte de la tesis defiende el marco jurídico que justifica porqué las inversiones en la salud pública deben ser una prioridad en situaciones de post-conflicto. El

Capítulo II incluye un análisis histórico del derecho a la salud. La salud es un derecho humano fundamental reconocido y apoyado por el derecho internacional sobre la base de una serie de tratados, convenios y resoluciones de las Naciones Unidas. En el contexto del derecho internacional de aplicación universal, el derecho a la salud se presenta por primera vez en La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 pero son varios los instrumentos legales internacionales y regionales, como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y la Constitución y las normativas nacionales que garantizan hoy en día el derecho a la salud en Angola.

En un primer momento, el derecho internacional se centró en las disparidades o discriminación en la prestación de servicios de salud. Ese enfoque se desarrolló gradualmente en un énfasis en elementos específicos de la salud como el acceso a tratamiento médico, la calidad del tratamiento y otras obligaciones del gobierno que permiten una rendición de cuentas y monitorización de actividades.

El Capítulo III se dedica a los instrumentos legales nacionales que garantizan el derecho a la salud. El derecho a la salud está reconocido en al menos 115 Constituciones del mundo inclusive en las constituciones de varios países en transición como Angola, Ruanda y otros todavía en situaciones de conflicto regional como Sudán y la República Democrática del Congo. En este capítulo se analiza la importancia de la incorporación de los tratados internacionales y regionales en derechos humanos a las normativas nacionales y el efecto de esa incorporación en la realización de los derechos.

Los agentes e instituciones extra-nacionales que apoyan el derecho a la salud así como su formación y evolución histórica son presentados en el Capítulo IV. Se describe el rol de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), la antigua Comisión de Derechos Humanos, ahora el Consejo de Derechos Humanos, la Organización Internacional del trabajo (OIT), los Objetivos del Milenio, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial.

La tercera parte de la tesis trata de los retornos financieros y los impactos generados por un sistema de salud pública en sociedades en post-conflicto. El Capítulo V incluye el análisis de los costes y retornos de inversiones en un sistema de salud pública que utiliza agentes de salud comunitaria en Angola. Primero se propone un sistema de salud pública que se basa en las necesidades de asistencia de salud primaria en Angola. El sistema de salud fue ideado en Angola con la participación de las autoridades angoleñas, expertos en salud, organizaciones no-gubernamentales de derechos humanos y la población en general entre los años de 2009 y 2011. Desde ese sistema de salud se estiman los costes y retornos de la intervención en términos cuantitativos y cualitativos, monetarios o no monetarios que servirán de base para el cálculo del “coste de inacción” (*cost of inaction*) y la comparación entre dos momentos de transición post-conflicto.

La metodología para el cálculo del coste de inacción, desarrollada por los profesores Sudhir Anand y Amartya Sen en un estudio en el cual la autora de esta tesis participó, se ha aplicado al contexto de Angola. En esta tesis, por primera vez, se aplican los principios del coste de inacción para comparar los valores estimados retroactivamente de 2002 y los del presente, desde 2012. Así se demuestra que no solo las inversiones en un sistema de salud ofrecen un retorno financiero y humano sino que también, cuanto más pronto se realizan las inversiones en un sistema de salud pública más grande es el retorno tanto en términos monetarios como en términos no cuantitativos. Es justamente esta evaluación del coste de inacción en los años inmediatamente después del conflicto, evaluación inédita presentada aquí, la que constituye

quizá el argumento más fuerte, en términos económicos, para la inversión en amplios programas de salud pública como prioridad en los periodos transicionales.

El Capítulo VI trata del tema de la salud como respuesta a la doctrina neoliberal y sus efectos desastrosos para el desarrollo político y económico de una sociedad post-conflicto. Según la “doctrina del choque” de Naomi Klein, los adeptos a los ideales neoliberales se aprovechan de momentos de crisis o catástrofes naturales para imponer sus recomendaciones de liberalización de los mercados, reducción del Estado y privatización. Esas medidas han contribuido al aumento de las diferencias económicas sociales, la pobreza y el solapamiento del Estado como espacio de negociación entre los agentes públicos que defienden sus derechos y la satisfacción de sus necesidades. El Capítulo VI demuestra la importancia de las inversiones en la salud pública como forma de luchar contra la “doctrina de choque”.

El Capítulo VII trata del impacto de la salud en otros derechos. Este capítulo aborda la idea de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos así como el carácter de complementariedad. Específicamente, se presenta la relación de la salud con otros derechos como el derecho a la educación. Hay muchos estudios sobre el efecto de la educación en la salud pero en este capítulo se busca enfatizar lo contrario, el efecto de la salud en la educación.

El Capítulo VIII analiza la relación entre la salud y la democracia. La democracia proporciona mejores condiciones de salud a los ciudadanos. Amartya Sen ha dicho que ninguna democracia ha sufrido una situación de hambruna (*famine*). Es decir, las democracias tienen elementos de participación, o incluso anticuerpos, que luchan contra el sufrimiento en masa de tal forma que se previenen las hambrunas. ¿Será que lo contrario es cierto? ¿Se puede, a través del desarrollo de las condiciones mínimas dignas de vida promover a la democracia? Más

concretamente, ¿puede la salud promover la democracia? En este capítulo se defiende que sí. Se argumenta que las inversiones en un sistema de salud pública son fundamentales para crear las condiciones necesarias para el desarrollo y la estabilidad de los sistemas democráticos en sociedades post-conflicto.

Se presenta la relación de la salud entre la pobreza y el desarrollo en el Capítulo IX. Los conflictos violentos tienden a ocurrir en un grupo de cerca de 50 países o entre la población más pobre del mundo.<sup>7</sup> Los países en situación de post-conflicto tienen los peores indicadores de salud del mundo. La salud y la pobreza tienen una relación de causa y efecto. De hecho, las enfermedades pueden reforzar el ciclo de la pobreza. Hay una distinción importante entre el crecimiento económico y el desarrollo humano. El impacto del crecimiento económico sobre la salud no es significativo. Sin embargo, la salud es uno de los factores determinantes del desarrollo humano. Así, en este capítulo se presentan las formas por las cuales la salud contribuye a la reducción de la pobreza y al desarrollo económico y social en sociedades de post-conflicto.

Dentro de los principales debates presentados en el Capítulo X se encuentra la idea que considera que el mecanismo de reparaciones es uno de los pilares de la realización de la justicia transicional en períodos de transición entre regímenes autoritarios o conflictos con la democracia. Sin embargo, los modelos de justicia transicional y de reparación existentes todavía no han incluido las inversiones en sistemas de salud como forma de reparación colectiva o comunitaria. La salud pública, entendida como herramienta de reducción de las disparidades económicas y no simplemente como intervenciones sanitarias puntuales, es capaz de promover la

---

<sup>7</sup> Hegre, H., Nygard, H.M., Strand, H. Gates, S. y Flaten, R.D., *The Conflict Trap*. Octubre 2011.

reconciliación y la disminución de la violencia porque aborda dos de los elementos más comunes en los conflictos: las desigualdades sociales y la disputa por el poder.

En el Capítulo XI se presenta el debate sobre la monitorización del derecho a la salud. Se abordan los principales desafíos y los avances alcanzados en las últimas décadas sobre todo con la creación del Índice de Desarrollo Humano (IDH), cómo la monitorización de los indicadores es muy limitada en países en post-conflicto y se presentan algunas alternativas de monitorización, sobre todo del derecho a la salud.

La conclusión no presenta una solución o fórmula de política pública que deba ser implementada mecánicamente por las sociedades en transición post-conflicto sino que hace consideraciones importantes para orientar el debate sobre cuáles deberían ser las prioridades de las políticas públicas y la distribución de los recursos públicos.

La conclusión principal es que como principio ético, los derechos humanos deberían guiar cómo un país lleva a cabo las políticas de transición de la posguerra y cómo la inversión en un sistema de salud pública debería ser una de las prioridades. Las consideraciones económicas y financieras pesan a favor de la inversión en sistemas de salud pública ya que producen significativos retornos financieros.

Además, aunque sea necesario desarrollar más investigación específica sobre la relación de la salud con otros elementos importantes en situaciones de transición como la democracia, el impacto que la salud tiene sobre otros derechos y su eficacia como elemento de la justicia de transición, los efectos que tiene en la distribución de la riqueza y la promoción del desarrollo económico y humano le garantizan un alto grado de prioridad dentro de las medidas más importantes que han de ser implementadas en sociedades post-conflicto.



Para terminar, todavía se hace necesario desarrollar indicadores y medidas que permitan la monitorización del derecho a la salud pero cuanto más se reconozca que las inversiones en sistemas de salud pública son fundamentales en sociedades de post-conflicto más rápidamente esas sociedades van a poder responder a sus desafíos de forma justa y eficaz, sin recurrir ciegamente a las políticas neoliberales y a la “doctrina del choque” que solamente aumentan los factores que generan conflicto y aumentan las posibilidades de que ocurra un nuevo conflicto en el futuro.

## Capítulo I - Angola: un estudio de caso

***“Angola está em cima de um vulcão, não em termos geográficos, mas sim em termos políticos...”***

– Artur Pestana ‘Perpetela’ en *Círculo Angolano Intelectual*

Angola es un caso extremo de una situación de posguerra civil. Desde 2002, al final de casi tres décadas de conflicto que siguieron a una violenta lucha por la independencia, Angola se ha enfrentado a muchos desafíos para garantizar la paz y el proceso democrático. Por su condición económica, recursos naturales y posición geopolítica, el país ha suscitado interés y potencial para ser reconocido, no solo como una nación políticamente estable, sino también como un líder regional. El Gobierno, frente a los desafíos, se ha dedicado a la promoción del crecimiento económico basado en las exportaciones de petróleo. Sin embargo, Angola ha logrado significativos avances en su tasa de crecimiento económico y poco a poco se dedica a una mayor diversificación de su base industrial. No obstante, la situación de la mayoría de la población es de pobreza extrema. En muchos aspectos, las condiciones de vida de 20 millones de personas en Angola son peores que las condiciones en países vecinos, que cuentan con muchos menos recursos financieros. Los cerca de diez años de paz y transición desde la posguerra ofrecen lecciones importantes sobre medidas y políticas que se hacen todavía necesarias para el éxito del proceso de paz en Angola y que pueden servir como recomendaciones a otros contextos de transición post-conflicto.

### **1.1. La independencia**

El proceso de independencia de Angola fue arduo, violento y largo (de 1961 a 1975). Después de la independencia, Angola experimentó poco tiempo de paz hasta que el país sucumbió a una guerra civil liderada por tres movimientos nacionalistas principales —el

Movimiento Popular para la Liberación de Angola (MPLA), la Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA) y el Frente Nacional de Liberación de Angola (FNLA). Estos grupos fueron responsables de una guerra civil que costó cientos de miles de vidas, además de que desplazó a millones de personas, como refugiados o desplazados internos (internally displaced).<sup>8</sup>

Durante la guerra civil, el MPLA, encabezado por el presidente Agostinho Neto, y seguidamente por el presidente Eduardo dos Santos, y la UNITA, dirigida por Jonas Savimbi, se alzaron como los grupos combatientes más fuertes.<sup>9</sup>

Impulsada por la riqueza de los recursos naturales, la guerra civil de Angola se convirtió en un frente para la participación extranjera y la guerra subsiguiente entre los regímenes en competencia durante el período de la Guerra Fría. El MPLA recibió apoyo de Cuba y de la Unión Soviética, además de financiarse con los recursos del petróleo; mientras que la UNITA se financiaba por medio de los diamantes, aparte de recibir apoyo, principalmente, de los Estados Unidos y de la República de Sudáfrica.<sup>10</sup>

Además del conflicto entre el MPLA y la UNITA, Cabinda, un enclave en el norte de Angola y al oeste de la República Democrática del Congo (RDC) con enormes reservas de petróleo, ha estado luchando por la separación de Angola desde que se obtuvo la independencia de Portugal. Los separatistas de Cabinda, el Frente para la Liberación del Enclave de Cabinda (FLEC), afirman que ésta fue ocupada ilegalmente por el MPLA después de lograrse la independencia nacional.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Marques, N. *Struggling through Peace: Return and Resettlement in Angola*. Human Rights Watch, NY, 2003.

<sup>9</sup> Chabal, P. "Transitions in Angola". En: Chabal, P., Vidal, N., editores. *Angola: The Weight of History*. Chichester, NY: Columbia University Press, 2008.

<sup>10</sup> Hodges, T. "The economic foundations of the patrimonial state". En: Chabal, P., Vidal, N., *Op. cit.*

<sup>11</sup> Esta tesis no trata el conflicto en Cabinda de manera particular. Se puede encontrar más información sobre el conflicto en Integrated Regional Information Networks (IRIN). "Angola: Cabinda, one of Africa's longest, least reported conflicts." Johannesburgo, SudAfrica. Disponible en:

El MPLA mantuvo el control del gobierno durante la guerra, y en los primeros días de la independencia mostró compromiso con los pobres con el aumento de los gastos sociales en educación, vivienda, seguridad social y servicios de salud. El sector de la salud se vio reforzado por la construcción de centros de salud, la implementación de un programa anual de vacunación gratuita y la afluencia de médicos internacionales, principalmente de Cuba. Otras reformas sociales apoyaban a las madres trabajadoras, los ex-guerrilleros y los ancianos. Pero la financiación gubernamental para estas iniciativas se redujo drásticamente en 1977, ante las crecientes expectativas de que organizaciones humanitarias internacionales prestarían esos servicios a los angoleños.<sup>12</sup>

Los enfrentamientos entre el MPLA y la UNITA resistieron a cuatro acuerdos de paz. El primero acuerdo, firmado en 1983, fue resultado, en gran parte, por decisión del Consejo de Seguridad de la ONU exigiendo que África del Sur se retirara del conflicto en Angola y no apoyara más a la Organización Popular del Sudeste Africano (SWAPO). África del Sur, a pesar de la decisión del Consejo de Seguridad, inició en 1985 una gran ofensiva contra el MPLA y en 1987 fue responsable de una de las batallas más violentas del conflicto en Angola en Kuito Cuanavale.<sup>13</sup>

El segundo acuerdo de paz fue firmado en diciembre de 1988 en Nueva York. Este acuerdo fue casi exclusivamente un acuerdo internacional que no trataba de las tensiones internas del conflicto en Angola.<sup>14</sup> La Unión Soviética, en declive económico y político, había indicado que no estaba en condiciones de apoyar las iniciativas militares del MPLA indefinidamente y el

---

<http://www.irinnews.org/IndepthMain.aspx?IndepthId=25&RportId=66282>. El 25 de noviembre de 2011, los combates han continuado en la región de Cabinda, incluso después del alto el fuego en 2006. La FLEC también alega violaciones generalizadas de los derechos humanos cometidas por los militares contra los rebeldes en el enclave.

<sup>12</sup> Vidal, N. "The Angolan regime and the move to multiparty politics." En: Chabal, P., Vidal, N., editores, *Op. cit.*

<sup>13</sup> HRW. *Angola Explicada: Ascensão e Queda do Processo de Paz de Lusaka*. Nueva York, Diciembre de 1999.

<sup>14</sup> Messiant, C., *Op. cit.*

Presidente Eduardo dos Santos se vio obligado a hacer una propuesta a Savimbi. Pero, el alto el fuego previsto en el acuerdo de Nueva York no duró mucho y la guerra volvió a empezar al poco tiempo.<sup>15</sup>

Los nuevos conflictos fueron interrumpidos en 1991, con la firma de los acuerdos de paz de Bicesse (Portugal). Los acuerdos de Bicesse fueron supervisados por Portugal, los Estados Unidos y la Unión Soviética, grupo denominado la Troika.<sup>16</sup> El contexto era de un nuevo orden mundial. Las Naciones Unidas coordinaban otros acuerdos contemporáneos que fueron más exitosos como los acuerdos para Namibia y para Camboya. Pero la influencia de la Troika limitaba el rol de la ONU en las negociaciones sobre Angola. Así, las negociaciones de Bicesse resultaron en una prohibición a los dos grupos de adquirir armamentos, el MPLA fue reconocido como gobierno legítimo y responsable de organizar las elecciones de 1992 y la ONU enviaría una segunda misión a Angola, la Misión de Verificación (UNAVEM II) para monitorizar el período de transición.<sup>17</sup> En Bicesse hay una negativa a formar un gobierno de coalición antes de las elecciones y las resoluciones políticas y condiciones militares son mínimas.<sup>18</sup> De hecho, la UNITA no desmoviliza su ejército y el MPLA crea una fuerza paramilitar.<sup>19</sup>

Después de Bicesse, el Gobierno revisó la Constitución, aprobó una democracia multipartidista, priorizó los derechos civiles (con registros de votación) y estableció los principios básicos de una economía de mercado.<sup>20</sup> Estas libertades permitieron el crecimiento inicial de las primeras organizaciones de la sociedad civil y en 1992 Angola tiene sus primeras

---

<sup>15</sup> HRW. *Op. cit.*

<sup>16</sup> Messiant. C., *Op. cit.*

<sup>17</sup> UNAVEM I, la primera Misión de Verificación de las Naciones Unidas para Angola fue creada en diciembre de 1988 y funcionó hasta 1991. La UNAVEM II fue creada por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en mayo de 1991.

<sup>18</sup> Messiant. C., *Op. cit.*

<sup>19</sup> Idem

<sup>20</sup> Vidal, N. *Op. cit.*

elecciones. En esas elecciones, el MPLA obtuvo 54% de los votos y la UNITA el 34%. El 49.57% de los votantes registrados eligieron a Eduardo dos Santos como presidente.

Durante Bicesse y las elecciones, el MPLA detentaba el control del aparato administrativo, tenía acceso a fondos legales e ilegales y controlaba los medios de comunicación estatales (televisión, radio y periódicos).<sup>21</sup>

Aunque las elecciones fueron consideradas como “justas y libres” por observadores externos de las Naciones Unidas y otros países, Savimbi, que obtuvo 40,07% de los votos, impugnó el resultado. La comunidad internacional intentó negociar una segunda vuelta en las elecciones para presidente, ya que Eduardo dos Santos había obtenido menos del 50% como estaba previsto por ley, pero la UNITA se negó a aceptar los resultados y se reanudó el conflicto con una intensidad sin precedentes.<sup>22</sup> La organización no-gubernamental de derechos humanos *Human Rights Watch* estimó que 300.000 angoleños, cerca del 3% de la población total, murieron como resultado del conflicto entre 1992 y 1994.<sup>23</sup>

En 1994, la UNITA estaba debilitada y había perdido 30% del territorio que detenía.<sup>24</sup> El MPLA estaba fortalecido con nuevos descubrimientos de petróleo en la costa y con la legitimidad internacional que los acuerdos de Bicesse le conferían. La UNITA y el MPLA firman el cuarto acuerdo de paz, el acuerdo de Lusaka, en 20 de noviembre de 1994.

El nuevo acuerdo propone el desarme exclusivamente de la UNITA a cambio de su participación en un nuevo gobierno controlado por el MPLA. Las obligaciones son desproporcionadas y desfavorables a la UNITA. De hecho, los analistas han criticado que los dos grupos no tenían intención de compartir el poder y el nuevo Gobierno de la Unión y

---

<sup>21</sup> Messiant. C., *Op. cit.*

<sup>22</sup> Vidal, N. *Op. cit.*

<sup>23</sup> HRW. *Op. cit.*

<sup>24</sup> Idem.

Reconciliación Nacional (Governo da União e Reconciliação Nacional – GURN) que se creara para absorber parte de la UNITA en el gobierno del MPLA era solamente una maniobra para responder a la comunidad internacional.<sup>25</sup> Eugénio Manuvakola, representante de la UNITA que firmó el acuerdo en Lusaka, reconoció públicamente que el acuerdo era un equívoco. Savimbi lo detuvo hasta que huyó con su familia a Luanda en 1997.<sup>26</sup>

Las violaciones del alto el fuego del Protocolo de Lusaka continuaron y la violencia contra la población aumentó todavía más. Ni siquiera los representantes de la ONU fueron inmunes a la violencia y, en 1999, dos aviones de la ONU fueron abatidos cerca de la provincia de Huambo, incidente que resultó en 23 muertos.<sup>27</sup>

El nuevo gobierno con representantes de la UNITA también provocó disidencia dentro del partido y la creación de un nuevo partido, el Comité de Renovación de la UNITA (Comité de Renovação da UNITA). El conflicto continuó y se extendió por la región extra-fronteras con interferencia del MPLA y de la UNITA en Zaire (República Democrática del Congo) y Congo Brazaville.<sup>28</sup> Tras las ofensivas militares gubernamentales, Savimbi fue asesinado en febrero de 2002, dejando al MPLA como vencedor y terminando la guerra civil oficialmente en abril de 2002 con la firma del memorando de paz de Luena entre el MPLA y la UNITA.

## **1.2. Angola en la posguerra**

### **1.2.1. La economía de la posguerra**

La guerra afecta a la economía de un país de muchas maneras. Además del coste de financiar la guerra, el conflicto, con la destrucción de capital humano e infraestructura, impacta

---

<sup>25</sup> Messiant. C., *Op. cit.*

<sup>26</sup> HRW. *Op. cit.*

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> Idem.

en el comercio, la producción y la capacidad del gobierno de recaudar impuestos y ofrecer servicios.<sup>29</sup>

Sin capital humano, profesionales e infraestructura, los conflictos y sus consecuencias también afectan a la estructura de la economía privilegiando las industrias primarias de extracción de recursos naturales o la agricultura. Precisamente el tipo de economía que es más vulnerable, dependiente y susceptible a regímenes autoritarios.<sup>30</sup>

Por otro lado, largos períodos de guerra civil pueden resultar en crecimiento económico acelerado en la posguerra, fenómeno conocido como el efecto Fénix (*Phoenix effect*).<sup>31</sup> El efecto Fénix se observa más nítidamente entre el cuarto y quinto año después de la paz.<sup>32</sup> En el caso de Angola, ese fenómeno se observaría entre los años de 2006 y 2007.

Después de la guerra, Angola entró en un período de reconstrucción y rehabilitación marcado por un importante crecimiento económico impulsado casi en su totalidad por las industrias de extracción de los recursos naturales como petróleo, diamantes, oro, mineral de hierro y otros minerales. La industria de la pesca, la agricultura y la producción de madera también han experimentado un crecimiento reciente pero siguen siendo subdesarrollados. El turismo, que es un sector importante para algunos de los países vecinos de Angola (como Namibia) hasta ahora está poco desarrollado.

Los crecientes precios del petróleo han dado lugar a un rápido crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) angoleño, que pasó de 19,8 mil millones de dólares americanos en 2004 a 30,6 mil millones en 2005, 45 mil millones en 2006, y a los 59,3 mil millones en 2007.<sup>33</sup> A pesar de la crisis económica mundial en el segundo semestre de 2008, Angola logró un aumento del

---

<sup>29</sup> Hegre, H., Nygard, H.M., Strand, H. Gates, S. y Flaten, R.D., *Op. cit.*

<sup>30</sup> Idem.

<sup>31</sup> Idem.

<sup>32</sup> Idem.

<sup>33</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.



15% en el PIB real - con lo que el PIB fue estimado en 83,8 mil millones dólares americanos en 2008.<sup>34</sup>

El crecimiento del PIB se redujo drásticamente en 2009, en gran parte debido a las trabas de la Organización de los Países Exportadores de Petróleo (OPEP) a la producción de petróleo y los problemas técnicos que desaceleraron la extracción del petróleo en alta mar.<sup>35</sup>

El Banco Mundial predijo que la contracción económica en 2009 podría ser de corta duración y que, a medio plazo, el crecimiento del PIB del país se reanudaría y sus indicadores fiscales y de deuda seguiría avanzando. Las tendencias en el PIB *per cápita* sugieren que las expectativas del Banco Mundial eran correctas. Como resultado, Angola tuvo un fuerte crecimiento, el PIB *per cápita* en paridad de poder adquisitivo (PPP) creció más del doble, de un PPP de 3,116 dólares americanos en 2003 a PPP 6,331 dólares americanos en 2008. El PIB *per cápita* cayó a un PPP de 5.981 dólares americanos en 2009, pero aumentó en 2010 a 6,401 dólares americanos.<sup>36</sup> Cabe señalar que las estimaciones del PIB *per cápita* varían mucho en función de las estimaciones de la población que se utilizan.

El petróleo crudo representa entre el 40% y el 50% del PIB, el 90% de las exportaciones y 90% de las recetas del gobierno angoleño.<sup>37</sup> Como indicación de su magnitud, en 2007 los ingresos del petróleo de Angola, de 22,5 mil millones de dólares americanos, superaron los 21,5 mil millones de dólares americanos totales netos de ayuda al desarrollo bilateral a todos los países de África subsahariana por el Comité de Ayuda al Desarrollo de Donantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Idem.

<sup>35</sup> FMI. Angola: *Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding*, Disponible en: <http://www.imf.org/external/np/loi/2009/ago/110309.pdf>

<sup>36</sup> FMI, *World Economic Outlook Database*. Washington. DC: IMF, 2009.

<sup>37</sup> Banco Mundial, *Angola: Petroleum sector non-lending technical assistance*. Disponible en: <http://go.worldbank.org/M69ZBBCQ00>2010>

<sup>38</sup> FMI. *World Economic Outlook Database*. Op. cit.

Sonangol es la empresa estatal que coordina todos los negocios del sector petrolífero en el país. Detenta cerca de 51% de interés en casi todas las empresas petroleras extranjeras en Angola y tiene una pequeña refinería.<sup>39</sup> Los socios extranjeros importantes en la industria petrolera son Sinopec (Corporativa China de Petróleo), Petrobrás (Petróleo brasileño), Chevron-Texaco (Estados Unidos), Royal Dutch Shell (Holandesa-Americana) y ONGC (Oil and Natural Gas Corporation, India).

Además del petróleo, Angola es el quinto mayor productor de diamantes del mundo en términos de valor. En 2007, la empresa de diamantes de propiedad estatal, Ediam, extrajo unos 9,7 millones de quilates de diamantes que produjeron 1.3 billones de dólares americanos en ingresos y la compañía tiene previsto que la producción de diamantes va a aumentar todavía más.<sup>40</sup>

Frente a un fuerte crecimiento económico, los ingresos del gobierno aumentaron 78% en 2005 y 55,5% en 2006.<sup>41</sup> Angola también fue capaz de reducir su deuda durante este período, y tenía planes para pagar su deuda con el Club de París en su totalidad en 2010.<sup>42</sup> Pero grandes aumentos en los ingresos del gobierno han dado lugar a solo un modesto incremento del gasto público en los servicios relacionados con la infancia desde 2002.<sup>43</sup> De hecho, el gasto público no ha crecido al mismo ritmo que los ingresos, y los excedentes fiscales han aumentado en los últimos años. La dependencia del país del petróleo como principal fuente de ingresos hace que

---

<sup>39</sup> Europa Publications, ed. *Africa South of the Sahara*. Londres, UK: Routledge, 2003.

<sup>40</sup> Jamasmie, C., *Angola's diamond industry to regain record production levels*. Mining.com, 24 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.mining.com/angolas-diamond-industry-to-regain-record-production-levels-report-29501/>

<sup>41</sup> Banco Mundial, European Commission, Food and Agricultural Organization, et al., *Angola Public Expenditure Review. Volume II: Sectoral Review*. The World Bank, 2007.

<sup>42</sup> Corkin, L. *Angola's Current Economic Prospects: Oil a Curse or a blessing?* Madrid, Spain: Real Instituto Elcano, 2009.

<sup>43</sup> República de Angola. *A World Fit for Children: Actions Undertaken to Meet the Commitments to the United Nations General Assembly Special Session on Children 2002-2006*. Luanda, Angola: República de Angola, 2007.

los gastos del gobierno sean vulnerables a las fluctuaciones del precio del petróleo en el mercado internacional.<sup>44</sup>

El país está en condiciones de acceder al crédito de una variedad de fuentes internacionales. China, el único gran prestamista de Angola, ha prestado al país por lo menos 7 millones de dólares americanos desde 2004. Además, el Banco Mundial ha realizado un préstamo a Angola de 1 billón de dólares en total entre 2009 y 2013 para ayudar al país a diversificar su economía.<sup>45</sup>

Las negociaciones del préstamo de Angola con el FMI Angola se vieron interrumpidas en 2005, debido a un desacuerdo sobre la condicionalidad del préstamo en relación a la transparencia de los servicios financieros.<sup>46</sup> Recientemente, Angola ha tratado de preservar la estabilidad macroeconómica mediante la mejora de las políticas fiscal y monetaria y mediante la reducción de la dependencia del petróleo promoviendo el desarrollo del sector privado no petrolero.<sup>47</sup> Desde entonces, la estabilidad ha mejorado, por ejemplo, la inflación anual, que fue de 325% en 2000, se encuentra ahora en la región en el 14% al año y se realizan esfuerzos para reducir aún más la inflación,<sup>48</sup> pero es probable que las limitaciones de capacidad conduzcan a la inercia de la inflación en el futuro próximo.<sup>49</sup>

### **1.2.2. La salud en la posguerra**

Durante la guerra, la población angoleña sufrió directa e indirectamente. Entre la negligencia sustancial y el colapso de los sistemas públicos de saneamiento, hubo brotes de

---

<sup>44</sup> Corkin, L. *Op. cit.*

<sup>45</sup> Forbes, *Update 1-World Bank to loan Angola \$1 bi to diversify economy*, *Forbes* 2008; Disponible en: <http://www.forbes.com/feeds/afx/2008/11/19/afx5713721.html>

<sup>46</sup> Campos, I., y Vines, A., “Angola and China - A Pragmatic Partnership”, *CSIS Conference on Prospects for Improving U.S.-China-Africa Cooperation*; Washington D.C., 2008.

<sup>47</sup> FMI. *World Economic Outlook Database*,: *Op. cit.*

<sup>48</sup> Banco Mundial. *Country Brief: Angola*. Disponible en: <http://go.worldbank.org/6LIK1A3SS0>

<sup>49</sup> FMI. *World Economic Outlook Database*: *Op. cit.*

cólera y fiebre amarilla en las ciudades. El conflicto destruyó buena parte de la infraestructura del país, incluyendo hospitales, centros de salud, caminos y escuelas. Se colocaron minas terrestres en gran parte del país afectando la vida de unos 2,2 millones de personas. De esta cifra, el 60% son niños y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que alrededor de 80.000 personas han sido afectadas, física o psicológicamente, por las minas terrestres.<sup>50</sup>

La guerra impulsó una rápida urbanización, especialmente en la capital, Luanda. La situación interna del país plantea una serie de problemas de seguridad, especialmente para las mujeres, los niños y los pobres. El crecimiento de la violencia doméstica es un ejemplo de los problemas de seguridad en la posguerra a los que se enfrentan las mujeres.<sup>51</sup>

En una encuesta de 9 municipios de la provincia de Luanda, el 78% de las niñas de entre 14 y 18 años informaron haber padecido algún acto de maltrato corporal, psicológico o de violencia sexual.<sup>52</sup> Las acusaciones de brujería infantil han sido un fenómeno creciente, especialmente contra los huérfanos.<sup>53</sup> Cuando a estos niños se les acusa, frecuentemente después de la muerte de un miembro de la familia a causa del VIH/SIDA, por ejemplo, por lo general se les tortura, golpea y expulsa de sus hogares.<sup>54</sup> Además de la explotación de personas con fines de prostitución, el trabajo forzado es otro mal social que también asola a las mujeres y a los niños.<sup>55</sup>

La vivienda en las zonas pobres, sobre todo en Luanda, es frágil, pues los desalojos forzosos de viviendas informales se han vuelto más comunes desde el final de la guerra. Entre

---

<sup>50</sup> Stark-Merklein, B., "Angolan landmine survivors build a school and look to the future." *UNICEF* 2006; Disponible en: [http://www.unicef.org/protection/angola\\_36659.html](http://www.unicef.org/protection/angola_36659.html)

<sup>51</sup> Ducados, H., "Angolan women in the aftermath of conflict." *Accord Insights*, Volume 15, 2004.

<sup>52</sup> Committee on the Rights of the Child, "State Report on Angola." United Nations, 2008.

<sup>53</sup> Freedom House, *Angola Country Report*, 2009.

<sup>54</sup> Committee on the Rights of the Child, *Op. cit.*

<sup>55</sup> IRIN, *Angola: Witchcraft an excuse for child abuse*. Disponible en: <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=62424>

2002 y 2006, los desalojos en los alrededores de Luanda han desplazado a unas 20.000 personas y destruido más de 3.000 casas.<sup>56</sup>

La delincuencia, aunque poco documentada, se supone que es bastante común. En parte, esto se puede atribuir a los aproximadamente cuatro millones de armas en posesión de ciudadanos.<sup>57</sup>

El primer diagnóstico de SIDA en Angola fue en 1985, pero los principales esfuerzos nacionales para implementar medidas contra el VIH/SIDA se vieron obstaculizados por la guerra civil, que terminó en 2002. En consecuencia, la información acerca de las primeras etapas de la epidemia en el país es escasa. Los estudios sugieren que la baja circulación de personas durante la guerra civil, tanto dentro como fuera del país, redujo la propagación del VIH/SIDA. Esta puede ser una razón para que Angola tenga una de las tasas más bajas de prevalencia del VIH en el sur de África.<sup>58</sup>

Desde que terminó la guerra, el movimiento de personas se ha vuelto menos restringido y la posibilidad de llegar a comunidades anteriormente aisladas del VIH ha aumentado. Muchos creen que el VIH/SIDA tiene el potencial de propagarse rápidamente, debido a que una mayor movilidad de la población, después del final de la guerra civil, ha aumentado el comercio, los viajes y la comunicación con los países vecinos, incrementando así el riesgo de contagio.

También se ha argumentado que las inseguridades sociales, tales como el gran número de personas desplazadas, la pobreza extrema, la limitada autonomía femenina y la fragilidad de los servicios sociales y públicos, hacen que el país sea especialmente vulnerable a la propagación del VIH/SIDA. De hecho, desde el final de la guerra, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas

---

<sup>56</sup> Gagnon, G., and Kass, S., *They pushed down the houses*; New York: Human Rights Watch, SOS Habitat, 2008.

<sup>57</sup> Freedom House, *Op. cit.*

<sup>58</sup> República de Angola, Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, UNAIDS. Relatório da UNGASS 2007. Luanda, Angola. 2007.

sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que la incidencia del VIH en adultos ha aumentado del 1,7% en 2002 al 2,1% en 2007.<sup>59</sup>

La intensidad de la epidemia del VIH varía entre las diferentes regiones del país; las tasas más bajas se encuentran en el centro del país y la más alta en las provincias fronterizas. La proximidad en la frontera con Namibia y Zambia, donde las tasas de incidencia de VIH en adultos están por encima del 15%, ayuda a explicar la prevalencia en las regiones de la frontera de Angola. En 2005, aunque la tasa del país en incidencia de VIH en adultos fue de 2,1%, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó de que en las provincias fronterizas de Cunene y Uíge las tasas fueron del 9,1% y 4,8%, respectivamente.<sup>60</sup>

A base de datos recopilados entre 1985 y 2004, la principal vía de transmisión del VIH parece ser el contacto heterosexual. Se estima que el 15% de los casos de VIH/SIDA se debe a transmisión madre-hijo, el 16% a agujas hipodérmicas (junto a otros dispositivos médicos) y el 18% a transfusiones de sangre.<sup>61</sup>

En 2004, alrededor del 60% de las personas que estaban viviendo con el VIH/SIDA tenían entre 20 y 39 años de edad. Hombres y mujeres se ven afectados por igual. Las mujeres de 15 a 39 años tienen una tasa de prevalencia más alta que las mujeres de 40 a 59 años. Esta diferencia se atribuye a la actividad sexual temprana y frecuente entre las mujeres más jóvenes. Esto, a su vez, se debe en parte a la dificultad de las mujeres para ser firmes con sus parejas sexuales y en parte al aumento del comercio sexual como resultado de los altos niveles de pobreza.

---

<sup>59</sup> UNAIDS. "HIV prevalence percent by country, 1990-2007." Ginebra, Suiza, 2007.

<sup>60</sup> OMS. "Health Action in Crisis: Angola." Luanda, Angola: OMS, 2005.

<sup>61</sup> UNAIDS. *Op. cit.*

La prevención, generalmente, es escasa. Para 2005, solo el 23% de los jóvenes encuestados conocía los dos medios principales para prevenir la transmisión sexual del VIH, y solo el 9% de las madres con niños pequeños sabía que la madre puede transmitir el virus a su(s) hijo(s).<sup>62</sup> En todas esas situaciones pronto aparecen las cuatro características que son más comunes a sociedades en la posguerra y que son también observadas en Angola.

### **1.2.2.1. El crecimiento acelerado de la población**

En 2002, la población de Angola era de 14 millones y en 2012 la población de Angola se estima en aproximadamente 20 millones.<sup>63</sup> La población está creciendo rápidamente, con una tasa global de fecundidad de más de 6 y como resultado, es muy joven. La Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de 2001 mostró que a la edad de 18 años, el 33% de las mujeres angoleñas ya había dado a luz, y a la edad de 20 años, más del 66% había tenido al menos un hijo. La edad promedio del primer matrimonio fue de 21,4 años para las mujeres y 25 años para los hombres.<sup>64</sup> Los cálculos que se basan en la Encuesta de Indicadores de Malaria (MIS) 2006/2007, indican que el 46% de la población tenía menos de 15 años de edad, y el 19% constaba de menores de cinco años de edad. Solo el 3% de la población se estimaba en mayor de 65 años.<sup>65</sup>

Añadido al fenómeno del crecimiento de la población, que también se observa en otros casos de guerras civiles y en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, Angola, desde 2002, vive el regreso y repatriación de refugiados y el retorno de desplazados de guerra. Al

---

<sup>62</sup> USAID. *HIV/AIDS Health Profile: Angola*. Washington, CD: USAID, 2008.

<sup>63</sup> Trading Economics, “Angola Population.” 2013.

<sup>64</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro International Inc. *Malaria Indicator Survey 2006 – 2007*. Calverton, MD: Macro International Inc., 2007.

<sup>65</sup> Idem.

final de la guerra, cuatro millones de personas - casi un tercio de la población - fueron internamente desplazadas y 470,000 eran refugiados en los países vecinos.<sup>66</sup>

Desde 2002, muchos refugiados, excombatientes y personas desplazadas empiezan a regresar a sus hogares o a ciudades y a los centros urbanos.<sup>67</sup> El crecimiento rápido de la población tiene al menos dos aspectos preocupantes. Primero, una población más grande aumenta el riesgo de conflictos.<sup>68</sup> Segundo, el crecimiento de la población no significa un buen estado de salud. De hecho, el estado de salud de los angoleños se encuentra entre los peores del mundo. La baja esperanza de vida al nacer, de 51 años para los hombres y 55 años para las mujeres en 2007, refleja el impacto de una guerra civil de 27 años en el país, altos niveles de pobreza y la falta de atención médica y otras necesidades de servicios básicos.<sup>69</sup>

La tasa de mortalidad de menores de cinco años es extremadamente alta con 158 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2007.<sup>70</sup> La malaria es la principal causa de morbilidad y mortalidad, y amenaza a toda la población.<sup>71</sup> Se calcula que Angola tiene 6 millones de casos de malaria al año, lo que indica que más de un tercio de la población está directamente afectada cada año.<sup>72</sup>

La malaria también es responsable de aproximadamente el 80% de la demanda de asistencia sanitaria y es la causa de la hospitalización del 50% de los pacientes enfermos.<sup>73</sup> Otras

---

<sup>66</sup> Marques, N. *Op. cit.*

<sup>67</sup> Idem.

<sup>68</sup> Hegre, H. , Nygard, H.M., Strand, H. Gates, S. y Flaten, R.D., *Op. cit.*

<sup>69</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.

<sup>70</sup> Idem.

<sup>71</sup> Banco Mundial. *Angola: Project Information Document (PID) Appraisal Stage. Report N°. AB4517*. Washington DC. World Bank, 2009.

<sup>72</sup> Idem.

<sup>73</sup> OMS. *World Health Statistics 2009*. Ginebra, Switzerland: OMS, 2009



causas frecuentes de morbilidad y mortalidad son las enfermedades respiratorias agudas y diarreicas.<sup>74</sup>

Aproximadamente un tercio de las familias en el país poseen una mosquitera tratada con insecticida. Los grupos vulnerables, como los niños y las mujeres embarazadas, son más propensos a dormir bajo una mosquitera que otros miembros de la familia.<sup>75</sup> El fármaco más utilizado para el tratamiento de la malaria es la cloroquina (*chloroquine*).<sup>76</sup> Sin embargo, los tratamientos contra la malaria no siempre están disponibles y solo el 35% de los menores de cinco años que los requieren reciben medicamentos antipalúdicos.<sup>77</sup> Esta situación contribuye a un alto nivel de automedicación, lo que explica en parte por qué se encuentra, en 2001, que el 50% de los casos de malaria son resistentes a la cloroquina.<sup>78</sup>

La mortalidad materna ha llegado a niveles excesivamente altos. Un estudio de UNICEF en 2005 estimó que la tasa de mortalidad materna era de aproximadamente 1.400 por 100.000 natos y 610 por 100.000 natos en 2008.<sup>79</sup> Las muertes maternas se atribuyen a problemas comunes del embarazo que están en gran parte sin tratar, y solo el 46% de los partos ocurren en instituciones especializadas.<sup>80</sup>

La incidencia de la tuberculosis (TB) también ha aumentado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima la prevalencia de esta enfermedad en 231 por 100.000 en 1996, en

---

<sup>74</sup> Idem.

<sup>75</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro Internacional Inc. *Op. cit.*

<sup>76</sup> Instituto Nacional de Estatística e UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey: Assessing the Situation of Angola Children and Women at the Beginning of the Millennium*. Luanda, Angola: INE y UNICEF, 2003.

<sup>77</sup> World Bank. Millennium Development Goals (MDG) Data on Angola. Washington, DC: World Bank, 2007.

<sup>78</sup> Instituto Nacional de Estatística e UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey*. *Op.cit.*

<sup>79</sup> UNICEF. *State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. Nueva York, NY: UNICEF, 2009.

<sup>80</sup> Idem.

comparación con 285 por 100.000 en 2006.<sup>81</sup> En 2007, hubo 49.000 nuevos casos de tuberculosis, 9.100 de los cuales ocurrieron entre personas VIH –positivas.<sup>82</sup>

#### **1.2.2.2. La urbanización**

La guerra en Angola incentivó una rápida urbanización, especialmente en la capital, Luanda. De hecho, se ha producido una rápida urbanización durante los últimos 10 años de la guerra y los primeros años de la paz. La tasa media de crecimiento anual de la población urbana durante 1990-2007 fue del 5,4%. Mientras que a mediados de la década de 1990 la mayoría (58%) de la población era rural, para el año 2007 el 55% de la población vivía en zonas urbanas. En 2010, el grado de urbanización era de aproximadamente 59%.<sup>83</sup>

En 2001, la familia media angoleña tenía un promedio de 4.8 personas. Las familias urbanas tienden a ser más grandes que las familias rurales, con una media de 5.1 miembros en comparación con 4,3 miembros. En este momento el 82% de los hogares tienen al menos un hijo menor de 15 años, y el 60% de los hogares tiene un niño menor de 5 años. Más de un cuarto de las familias (27%) están encabezadas por mujeres.<sup>84</sup>

Los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples (MIS) de 2006/2007 presentan grandes familias urbanas con un promedio de 6,2 miembros por familia, cuando en la zona rural las familias tenían un promedio de 5,1 miembros. Aproximadamente el 21% de las familias urbanas tenía nueve o más miembros, mientras que solo el 9% de las familias rurales eran tan grande. Estas grandes familias urbanas y que sobre todo se concentran en la capital, Luanda, viven

---

<sup>81</sup> OMS. *Angola*. Ginebra, Suiza: WHO Statistical Information System, 2008.

<sup>82</sup> OMS. *TB Country Profile: Angola*. Ginebra, Suiza: WHO Statistical Information System, 2008.

<sup>83</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Op. cit.

<sup>84</sup> Instituto Nacional de Estadística y UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey*. Op.cit.

condiciones de extrema carencia.<sup>85</sup> Por ejemplo, datos de encuestas han demostrado que menos de la mitad (46%) de las familias angoleñas tienen acceso al agua potable de una fuente mejorada. La situación es mejor en las zonas urbanas donde el 59% tienen acceso al agua potable, en comparación con el 34% en las zonas rurales. La fuente más común de agua potable en las zonas rurales (42%) es el agua superficial obtenida de lagos y ríos.<sup>86</sup>

En términos de saneamiento, el MIS 2006/2007 indica que casi el 48% de las habitaciones tienen acceso a servicios de saneamiento mejorados, con un 18% que usa una letrina de pozo con tapa y un 17% que emplea una instalación que desemboca en una fosa séptica. Poco más de uno de cada cinco angoleños (22%) tiene una instalación de saneamiento no mejorada que implica una fosa abierta o una letrina de pozo sin tapa. Poco más de una cuarta parte (29%) de las habitaciones tiene un centro sanitario. En las zonas rurales, la mayoría de las viviendas (54%) no tenían un centro sanitario.<sup>87</sup> Además de las condiciones de saneamiento extremadamente limitadas, los angoleños de las zonas más pobres, sobre todo en Luanda, siguen enfrentándose a desalojos forzosos y violentos.<sup>88</sup>

### **1.2.2.3. La pobreza**

La pobreza es una de las razones estructurales que propician las guerras civiles.<sup>89</sup> Angola sufre de grave desigualdad y de pobreza generalizada. En 2001, el coeficiente de Gini se calculó

---

<sup>85</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro International Inc. *Op. cit.*

<sup>86</sup> Idem.

<sup>87</sup> Idem.

<sup>88</sup> “Demolições ilegais em Luanda fizeram dez mortos diz SOS Habitat”, *DW – Deutsch Welle*. Angola. Julio, 2013.

<sup>89</sup> Hegre, H., Nygard, H.M., Strand, H. Gates, S. y Flaten, R.D., *Op. cit.*

en 0.62.<sup>90</sup> En 2009, Angola ocupaba el puesto 143 de 182 países en el Índice de Desarrollo Humano de 2009 del PNUD.<sup>91</sup>

Una gran parte de la población todavía participa en una agricultura de subsistencia quedando excluidos de la economía formal.<sup>92</sup> Los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS) de 2001 indican que aproximadamente el 70% de la población vivía con menos de 2 dólares al día.<sup>93</sup> No obstante, hay evidencia de desnutrición entre el 20% de los hogares más ricos del país. Por ejemplo, la Encuesta de Indicadores Múltiples de 2001, en el quintil más alto un tercio de los niños menores de cinco años sufre de desnutrición.<sup>94</sup>

La Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO) estima que el 46% de la población estaba desnutrida entre 2003 y 2005.<sup>95</sup> Los datos de MICS de 2001 sugieren que la malnutrición contribuye a la mitad de las muertes de los menores de cinco años en el país.

Obviamente, muchos factores son responsables de la situación actual en Angola, pero los aislamientos de las poblaciones desplazadas, las minas terrestres, la infraestructura deficiente, el agotamiento del suelo, las inundaciones y las sequías recurrentes son algunos de los principales elementos que afectan a la urbanización y la seguridad alimenticia.<sup>96</sup>

#### **1.2.2.4. El colapso de la infraestructura y el sistema de salud**

La guerra en Angola dañó gravemente la educación del país, la salud y la infraestructura del transporte. Las estimaciones sugieren que el 65% de los establecimientos de salud del país

---

<sup>90</sup> Banco Mundial. *Angola: Oil, Broad-based Growth, and Equity*. Washington DC: World Bank, 2007.

<sup>91</sup> PNUD. *Human Development Index 2009. Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*. Nueva York: Palgrave Macmillan, 2009.

<sup>92</sup> Freedom House. *Op. cit.*

<sup>93</sup> Instituto Nacional de Estadística y UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey. Op.cit.*

<sup>94</sup> Idem.

<sup>95</sup> ONU, FAO. "Food security statistics: Prevalence of undernourishment in total population." Roma. Italia: UN FAO, 2008.

<sup>96</sup> Instituto Nacional de Estadística y UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey. Op. cit.*

fueron destruidos durante la guerra de 1975 a 2002.<sup>97</sup> A finales de 2002, el 12% de los hospitales, el 11% de los centros de salud y el 85% de los puestos de salud no estaban en funcionamiento debido a la destrucción o grave deterioro de la infraestructura física, la falta de personal y la falta de equipamiento básico.<sup>98</sup>

En 2005, el acceso a la asistencia médica se limitaba al 30% - 40% de la población, dejando el 60% o más sin acceso a asistencia médica. Debido a la escasez de clínicas, la mayoría de las personas se ven obligadas a caminar largas distancias para llegar a un sitio con asistencia sanitaria.<sup>99</sup>

Como los combates más intensos durante la guerra se produjeron en las zonas rurales, la mayor destrucción de la infraestructura se produjo allí con problemas concomitantes de acceso y calidad de servicios de salud generando un ciclo que lleva a más urbanización. La interrupción del sector social y de salud en Angola, como los sistemas de saneamiento públicos colapsados, dio lugar a brotes de cólera y fiebre amarilla en las ciudades.<sup>100</sup>

Los sistemas de transporte dañados limitan la prestación de servicios a causa de las dificultades resultantes y pueden impedir que los niños, especialmente las niñas, asistan a la escuela por falta de transporte, o debido al aumento del coste del viaje y el tiempo de viaje, así como el aumento de los peligros durante el mismo. El estado del sistema educativo refleja el impacto negativo de la guerra civil. En 2001, solo el 56% de los niños asistían a la escuela.<sup>101</sup> Sin embargo, la matrícula ha aumentado rápidamente y, en 2005, la tasa de escolarización primaria

---

<sup>97</sup> Banco Mundial. *Angola: Project Information Document (PID) Appraisal Stage*. Report N°. AB4517. Washington, DC: World Bank, 2009.

<sup>98</sup> República de Angola, Ministério da Saúde, OMS, UNICEF, UNFPA. *Strategic Plan for the Accelerated Reduction of Maternal and Child Mortality in Angola 2004-2008*. Luanda, Angola: Ministério da Saúde e Diretoria Nacional de Saúde Pública, 2004.

<sup>99</sup> OMS. *Health Action in Crisis: Angola*. Luanda, Angola: OMS, 2005.

<sup>100</sup> Idem.

<sup>101</sup> República de Angola y PNUD. *Angola: Millennium Goals Report Summary 2005*. Luanda, Angola, 2005.

bruta fue del 91%.<sup>102</sup> En 2001, el desarrollo preescolar era casi inexistente, con solo el 7% de niños de 36 a 59 meses inscritos en programas de educación organizados.<sup>103</sup> Desde 2004, ha habido una mayor atención a los niños y niñas de 0 a 5 años, con dos foros nacionales sobre el cuidado y desarrollo de los niños entre esas edades.<sup>104</sup>

El MICS de 2001 descubrió que solo el 73% de las niñas que empezaron el primer grado alcanzó el quinto grado, mientras que, entre los varones, el 79% llegaba a este curso.<sup>105</sup> La desproporción es mayor en la región de oriente, donde, en contraste con un 73% de los niños, solo un 56% de las niñas que comienzan el primer grado llegan al quinto.<sup>106</sup>

Las familias mencionaron las largas distancias, los gastos de transporte y el alto coste de vida como las principales razones para que las niñas fueran menos propensas que los niños a asistir a la escuela.<sup>107</sup> El gobierno informó que la tasa bruta de escolarización de las niñas en 2005 fue de 170,2% y 181,8% para los niños, en comparación con el 127% y 175,6% respectivamente en 2004.<sup>108</sup>

El MICS de 2001 señala que las tasas de asistencia a la escuela se ven drásticamente afectadas por el quintil de ingresos al que pertenecen los niños. En el quintil superior, el 77% de los niños asiste a la escuela primaria, mientras que, entre el quintil más pobre, solo el 35% asiste. En el quintil más bajo hay mujeres y solo el 1% de los hombres tenía acceso al segundo nivel de educación básica. Solo el 56% de los niños del quintil más pobre alcanza el quinto grado, en contraste con el 89% de los niños del quintil más rico.<sup>109</sup>

---

<sup>102</sup> República de Angola. *A World Fit for Children: Actions Undertaken to Meet the Commitments to the United Nations General Assembly Special Session on Children 2002-2006*. Luanda, Angola, 2007.

<sup>103</sup> Instituto Nacional de Estadística y UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey*. Op. cit.

<sup>104</sup> República de Angola. *A World Fit for Children*. Op. cit.

<sup>105</sup> Instituto Nacional de Estadística y UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey*. Op. cit.

<sup>106</sup> Idem.

<sup>107</sup> Idem.

<sup>108</sup> Idem.

<sup>109</sup> Idem.

El MICS de 2001 también refleja importantes variaciones regionales. Las zonas con mejores resultados (la capital y las regiones del Sur) contaban con una tasa de asistencia del 63%, mientras que en la zona de peor desempeño (la región oriental), solo el 44% asistía a la escuela.<sup>110</sup> Las tasas de asistencia en las áreas restantes estaban cerca de la media nacional de 56%.<sup>111</sup>

No sorprende que los indicadores de educación sean mucho mejores en la región de la capital: allí el sistema educativo sufrió menos interrupciones causadas por la guerra civil en comparación con otras regiones. Debido a que la zona de la capital no fue tan severamente azotada por la guerra, tiene un mayor número de profesores y más escuelas en pie que las otras regiones.

Los sistemas de transporte dañados también inhiben la liberación de medicamentos y los servicios en puestos de servicios de salud, dando lugar a desabastecimientos de medicamentos esenciales.<sup>112</sup>

La falta de infraestructura de transporte también dificulta a los agricultores que tratan de acceder a los insumos agrícolas, reconstruir sus medios de vida y lograr la seguridad alimenticia.<sup>113</sup>

El mal estado de la infraestructura también ha comprometido los niveles de inversión en el país. En 2006, una encuesta sobre la empresa indicó que el 35,6% de las empresas de electricidad lo identificó como su principal obstáculo dificultando la inversión en Angola.<sup>114</sup> El acceso a la electricidad era raro en el año 2001, cuando se estima que el 80% de la población no

---

<sup>110</sup> Idem.

<sup>111</sup> Idem.

<sup>112</sup> OMS. *World Health Statistics 2009*. Ginebra, Suiza: OMS, 2009.

<sup>113</sup> IFAD. *Enabling the Rural Poor to Overcome Poverty in Angola*. Roma, Italia: IFAD, 2006.

<sup>114</sup> Banco Mundial, Enterprise Survey. Enterprise Surveys Country Profile – Angola 2006. Washington, DC: World Bank, 2007.

tenía acceso. Incluso entre los hogares más acomodados en el quintil superior, solo el 85% tenía acceso a electricidad.<sup>115</sup>

El MIS 2006/2007 sugirió una situación un poco mejor con poco más de un tercio de la población (38%) con acceso a electricidad.<sup>116</sup> Según los datos de 2001, las principales fuentes de energía para la cocina eran de leña (42%), carbón (41%) y gas (14%).<sup>117</sup> Como era de esperar, los que no tienen electricidad se concentraron principalmente en las provincias de la región de la capital (Luanda, Bengo, Kwanza Norte y Cabinda) y de la región sur (Namibe, Cunene y Huila), mientras que solo el 6% de la población declaró tener electricidad en la región norte (Zaire, Uige y las provincias de Malanje).<sup>118</sup>

Desde el final de la guerra, el gobierno se ha centrado en gran medida en la reconstrucción de la infraestructura destruida o dañada. Muchos de los socios internacionales, en particular el gobierno chino, han participado en el proceso de reconstrucción.<sup>119</sup> Pero, la baja financiación del sector de la salud ha agravado el problema de la creación y reconstrucción de la infraestructura del sistema de salud pública después de la guerra civil. En 2002, el sector de la salud representó solo el 1,8% del PIB. Aunque las inversiones en la salud siguen siendo insuficientes, hubo un aumento significativo y, en 2009, el gasto en salud fue de hasta el 4.1% del PIB.<sup>120</sup>

Como resultado de los bajos niveles de financiación, los niveles de servicio son a menudo muy bajos. Un estudio de 2005 sobre el sistema de salud encontró que, a pesar de las altas tasas de pobreza, menos de la mitad (42%) de la población utiliza los servicios de salud del gobierno.

---

<sup>115</sup> Instituto Nacional de Estatística e UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey*. *Op. cit.*

<sup>116</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro International Inc. *Malaria Indicator Survey 2006 – 2007*. *Op. cit.*

<sup>117</sup> Instituto Nacional de Estatística e UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey*. *Op. cit.*

<sup>118</sup> Idem.

<sup>119</sup> Corkin, L., *Op. cit.*

<sup>120</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. *Op. cit.*



Más de una cuarta parte (26%) utiliza los servicios de salud privados y poco más de una quinta parte (21%) recurren al tratamiento gratuito.<sup>121</sup>

Otro obstáculo para la prestación de asistencia sanitaria es la tendencia de algunos miembros del personal de centros de salud a cobrar cuotas no autorizadas por el suministro de medicamentos y la prestación de servicios. Esta práctica se utiliza a veces no solo para el beneficio individual sino que también se lleva a cabo para generar ingresos para el funcionamiento de un centro de salud.<sup>122</sup>

La escasez de medicamentos en el sector de la salud del gobierno complica aún más la salud pública.<sup>123</sup> Un estudio de 2005 estimó que los pacientes obtienen solo el 22% de los medicamentos de los centros de salud del gobierno, mientras que el 40% se compraron en el mercado clandestino.<sup>124</sup> En el mercado negro, los medicamentos se falsifican, a menudo se recetan incorrectamente y/o se venden más allá de su fecha de caducidad.<sup>125</sup>

Como resultado de la guerra civil, la concentración de las minas terrestres en Angola es el más alto de minas en el mundo.<sup>126</sup> Las minas terrestres inhiben la prestación de servicios a las personas, especialmente en las zonas afectadas por la guerra. La alta concentración de minas de Angola dificulta la entrega exitosa de los servicios a las personas, así como el movimiento de los trabajadores y los materiales sanitarios, especialmente en las zonas afectadas por la guerra. En la

---

<sup>121</sup> United Nations System in Angola, *Angola: The Post-War Challenges: Common Country Assessment 2002*: United Nations, 2002

<sup>122</sup> Connor, C. Rajkotia, Y. Lin, Y-S. Figueredo, P. *Angola Health System Assessment*. Bethesda, MD: USAID e Abt Associates Inc., 2005.

<sup>123</sup> United Nations System in Angola. *Angola: The Post-War Challenges: Common Country Assessment 2002*. Luanda, Angola: United Nations, 2002.

<sup>124</sup> OMS, *Health Action in Crisis: Angola*. Luanda, Angola: WHO, 2005.

<sup>125</sup> Connor, C. Rajkotia, Y. Lin, Y-S. Figueredo, P. *Op. cit.*

<sup>126</sup> Banco Mundial. *Angola: Project Information Document (PID) Appraisal Stage*. Report N°. AB4517. Washington, DC: World Bank, 2009.

actualidad, el gobierno y varias organizaciones internacionales dedican importantes recursos para la retirada de minas de superficie del país.<sup>127</sup>

#### **1.2.2.5. La escasez de profesionales**

Después de la independencia, tanto la administración portuguesa, como la gran mayoría de la población extranjera, se retiraron rápidamente de Angola, dando lugar a un efecto muy negativo en la economía del país. A partir de 2007, Angola tenía 18.485 en personal de enfermería y partería, con una densidad de 14 profesionales de enfermería y partería por cada 10.000 personas. En el mismo año, el país contaba con un total de solo 1.165 médicos, que es una densidad de un médico por cada 10.000 personas.<sup>128</sup> La densidad de médicos en Angola (1 por 10.000 habitantes) es la mitad del promedio de África subsahariana (2 por cada 10.000).<sup>129</sup> Por el contrario, la densidad de las enfermeras en el país (14 por 10.000) es superior a la media SSA (11 enfermeras por cada 10.000).<sup>130</sup>

Los recursos humanos para la salud se concentran en gran medida en la ciudad capital, dejando al 60% de los ciudadanos sin acceso razonable a servicios de salud. Esta distribución desigual de los trabajadores de la salud en el país ha impedido el desarrollo de algunos de los esfuerzos de ampliación del sistema por parte del gobierno. Durante la guerra, muchos profesionales de la salud se refugiaron en las capitales de provincia. En 2004, el 70% de los médicos y el 30% de las enfermeras vivían en Luanda.<sup>131</sup>

---

<sup>127</sup> Gabelnick, T. *Angola destroys antipersonnel landmine stocks by 1 January 2007 deadline*. Luanda. Angola: Ministério da Saúde e Diretório da Saúde Pública, 2004.

<sup>128</sup> OMS, *Angola, WHO Statistical Information System: WHO*, 2008.

<sup>129</sup> Connor, C. Rajkotia, Y. Lin, Y-S. Figueredo, P. *Op. cit.*

<sup>130</sup> Idem.

<sup>131</sup> Banco Mundial, *Project Information Document (PID) appraisal stage: Report N°. AB4517*: World Bank, 2009.

En la posguerra, la infraestructura de salud inadecuada en las provincias rurales se cita como una razón para la concentración continua de los profesionales de la salud en zonas urbanas.<sup>132</sup>

La demanda de mano de obra cualificada seguirá creciendo ya que la economía sigue creciendo y diversificándose. En la Encuesta de Empresas del Banco Mundial de 2006, el 21,2% de las empresas identificaron la insuficiente mano de obra cualificada como una limitación importante en Angola, en comparación con el 17,1% en África en general.<sup>133</sup>

La escasez de mano de obra cualificada se siente en todos los sectores, por ejemplo, hay una gran escasez de trabajadores sociales en el país. En diciembre de 2008, el Instituto Superior João Paulo II era el único proveedor de estudios de trabajo social, del cual 55 estudiantes se han graduado como trabajadores sociales desde 2005.

La escasez de profesionales también afecta a la recogida de datos formales y a la estadística sobre la situación de los derechos humanos en el país. Por ejemplo, el informe de aplicación del Comité de Derechos de los Niños (CRC) publicado en 2008 afirmó que Angola no tenía un sistema bien organizado para informar o recoger datos fiables sobre los actos de tortura, crueldad y otros comportamientos de los que muchos niños son objeto en la familia, las instituciones y la comunidad.<sup>134</sup>

#### **1.2.2.6. Un sistema político-económico frágil**

Desde la llegada de la paz, el control central a través de los sectores público y privado se ha mantenido firme. El poder está concentrado en el Poder Ejecutivo, que está integrado por el Presidente, el Primer Ministro y el Consejo de Ministros. Cada una de las 19 provincias de

---

<sup>132</sup> OMS, *Health Action in Crises: Angola*; Luanda: WHO, 2005.

<sup>133</sup> Banco Mundial y Enterprise Surveys, *Enterprise Surveys Country Profile - Angola 2006*; Washington D.C.: The World Bank, 2007.

<sup>134</sup> Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, 2002.

Angola está presidida por un gobernador nombrado por el Presidente. Uno de los efectos del resurgimiento de la guerra fue la gran concentración del control político en la oficina del Presidente dos Santos. En enero de 1999, el Jefe de Estado (el Presidente) también se convirtió en el Jefe de Gobierno, centralizando todavía más poder.

El actual presidente, José Eduardo dos Santos, en el poder desde hace 34 años fue reelegido en 2012 por voto indirecto de la Asamblea Nacional. Tras la tercera elección parlamentaria nacional de Angola en agosto de 2012, el MPLA solidificó su bastión concretando lo que pasaría en las elecciones de septiembre de 2008. El MPLA ganó el 79.5% de los votos, o 175 de los 220 asientos. Este resultado fue, por un lado, la expresión de la debilidad de la oposición al MPLA pero, por otro lado, hace dudar del carácter libre y democrático de las elecciones.<sup>135</sup> Sin embargo, con la disminución de la oposición disminuye también la responsabilidad del MPLA con la población. Por ejemplo, los proyectos de presupuesto del gobierno no son debatidos públicamente y no hay discusión sobre la divergencia entre los gastos presupuestados y los reales.<sup>136</sup>

El gobierno se ha caracterizado por una falta de transparencia y frecuentes acusaciones de corrupción. Angola ocupa el puesto 157 de 180 países en cuanto a la percepción de corrupción del Índice de Transparencia Internacional.<sup>137</sup> Además de disuadir la inversión local y extranjera, la corrupción impide a los ciudadanos de Angola el acceso a importantes servicios sociales. Por ejemplo, los educadores o personal de salud a veces cobran pagos irregulares a los ciudadanos a

---

<sup>135</sup> HRW. "Resumen por País: Angola." *Relatório Anual 2013*. NY, enero de 2013.

<sup>136</sup> Isaken, J., Amundsen, I. Wiig, A., Abreu, C., "Budget, State and People: Budget Process, Civil Society and Transparency in Angola." Chr Michelsen Institute, Bergen, Noruega, 2007.

<sup>137</sup> Transparency International. "Corruption Perception Index 2012". Berlin, Germany: Transparency International 2012.

cambio de la disponibilidad de servicios y salarios. Esta corrupción afecta con frecuencia a los más pobres y necesitados de servicios públicos.<sup>138</sup>

La Ley Constitucional de 1992 establece las líneas generales de las estructuras judiciales y delimita los derechos y deberes de los ciudadanos. El sistema jurídico se basa en el derecho portugués y consuetudinario. La Constitución actual, Ley no. 111/2010 aprobada en Asamblea Constituyente el 21 de enero de 2010 y, en secuencia, por el Tribunal Constitucional, el 3 de febrero de 2010, reserva al Presidente, entre otros poderes, el poder de nombrar al Presidente del Tribunal Supremo y otros jueces del Tribunal Constitucional, del Tribunal Supremo, del Tribunal de Cuentas, del Tribunal de Justicia Militar, de la Procuraduría General de la Nación y de los Fiscales Militares. El Presidente nombra a los gobernadores y vicegobernadores de las provincias, declara el estado de guerra y paz; tiene el poder de emitir indultos y conmutar penas y nombrar a los miembros del Consejo de magistraturas Superiores (Art. 119). Para el Tribunal Constitucional, el Presidente nombra al Presidente del Tribunal Supremo y tres de los 11 jueces. Para el Tribunal Supremo, el Presidente nombra al Presidente del Tribunal Supremo y al vicepresidente de una lista de tres candidatos propuestos por el Consejo de la Magistratura.

De manera general, la formación inadecuada de los magistrados, la falta de infraestructura, y la prevalencia de la corrupción inhibe el acceso a y el funcionamiento de la justicia en Angola donde hay un gran número de casos, tanto en la Corte Suprema como en los tribunales penales, provocando importantes retrasos en las audiencias.

Como respuesta a un sistema de justicia ineficaz e insuficiente en que, a partir de 2003 solo 23 de los 168 tribunales municipales funcionaban, se utilizan tribunales informales que tienden a ser el principal medio a través del cual los ciudadanos resuelven sus controversias, particularmente en las zonas rurales. Las reglas en estos tribunales informales, sin embargo,

---

<sup>138</sup> Entrevista de la autora en Angola, 2011.

varían según la comunidad y no ofrecen a los ciudadanos los mismos derechos a las garantías judiciales que el sistema legal formal.

## Parte II - ¿Por qué las inversiones en sistemas de salud pública deben ser prioridad?

### Capítulo II - La noción de salud como derecho

*“Los derechos humanos constituyen, pues, los bienes jurídicos y sociales de mayor contenido axiológico. Bienes en tanto que forman parte, en primer lugar, del lenguaje y de las costumbres cotidianas de las personas, es decir, se hallan integrados en objetivaciones en sí; en segundo lugar, han sido y están objetivados en obras artísticas, filosóficas y científicas, y, por último, constituyen bienes al estar objetivados en un nivel institucional: constitucional e internacionalmente.”*

– Joaquín Herrera Flores, *Los Derechos Humanos Desde La Escuela de Budapest*

Cada sociedad tiene sus mecanismos de control social para prevenir, remediar o castigar los desvíos de las reglas institucionalizadas y sus modelos de conducta.<sup>139</sup> Las leyes expresan el derecho ordenado en código para la cohesión y supervivencia de un grupo social. El derecho, a su vez, no avanza progresivamente en un sentido darwiniano pero sí resulta de choques, conflictos y negociaciones de poder dentro de una sociedad y de esta sociedad con su exterior. En ese sentido, para comprender lo que significa el derecho humano a la salud se hace importante comprender cómo la salud se convierte en un derecho humano.

Hasta el siglo XVIII, la responsabilidad de la salud estaba en manos de agentes privados como la iglesia y las entidades de caridad. La salud se explicaba por la ausencia de enfermedad, idea basada en una visión mítica de que las enfermedades tenían un origen sobrenatural.<sup>140</sup> El Estado solamente actuaba en casos de calamidad generalizada, normalmente estableciendo períodos de cuarentena. Las civilizaciones y culturas antiguas, como los hebreos, civilizaciones de Mesopotamia y Egipto, desarrollaron rituales y normas relativas a experiencias colectivas

---

<sup>139</sup> Wolkmer, A., *Fundamentos de História do Direito*. 2a. Edição. Del Rey. Belo Horizonte, 2001.

<sup>140</sup> Gómez-Arias, R., “La Noción de Salud Pública”, Universidad de Antioquia, Medellín, septiembre de 2003.

desde cómo tratar los alimentos, los niños, la limpieza y los cadáveres con el objetivo de asegurar el bienestar del grupo.<sup>141</sup>

El utilitarismo, como filosofía del capitalismo, que surgió en los siglos XVI y XVII, pasa a valorar el cuerpo sano como fuente de producción mientras las enfermedades son entendidas como desfavorables y que deben ser combatidas con políticas del Estado. Ese período corresponde también a un momento de crecimiento de la población en Europa debido al desarrollo del comercio con oriente y a la explotación de las Américas. La filosofía utilitarista y la doctrina mercantilista de esa época son importantes para el desarrollo de la idea de salud pública y de la medicalización que se fundamentan en el siglo XVIII a partir de condiciones históricas y políticas particulares.<sup>142</sup>

En ese periodo, la noción de individuo y público era incipiente pero en respuesta a condiciones de enfermedades que afectaban al colectivo se generaban respuestas y rituales también colectivos con variaciones según los intereses predominantes de las regiones. Michel Foucault identifica tres momentos principales a la formación de la medicina social que también corresponden a momentos de desarrollo del concepto de salud pública.<sup>143</sup> El primer momento ocurre en Alemania con el desarrollo de la “medicina del Estado” que tenía como objeto no el individuo pero la fuerza del Estado en números de personas que podrían hacer frente a posibles conflictos.<sup>144</sup>

La segunda etapa denominada de “medicina urbana” ocurre en Francia donde se busca organizar los espacios públicos, el aire y el agua. En Inglaterra, ocurre la tercera etapa que

---

<sup>141</sup> Idem.

<sup>142</sup> Michel-Foucault, “Historia de la medicalización”, en la segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estadual de Río de Janeiro, Brasil. Octubre de 1974.

<sup>143</sup> Idem.

<sup>144</sup> Idem.



desarrolla la “medicina de la fuerza laboral” y la “ley de los pobres” a través de la cual, “el pobre que se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos.”<sup>145</sup>

La gran acumulación de riqueza que promueve la revolución industrial del siglo XVIII se sostenía en condiciones de trabajo y vivienda insalubres generando problemas de salud y epidemias. En respuesta a esa situación, los Estados de Francia, Inglaterra, Austria y Prusia empiezan a desarrollar instituciones y mecanismos de “*vigilancia, control y castigo, dirigidos a garantizar el orden, la producción y la salud de la población.*”<sup>146</sup>

Esas instituciones tenían estructuras distintas pero coincidían en tratar la salud pública como una cuestión de seguridad. Fue en el momento culminante del estatismo, en 1764, en Alemania, que surge la policía médica, institución encargada de la salud que funcionaba dentro de la institución de la policía.<sup>147</sup>

La respuesta autoritaria que se constituyó es incompatible con algunos principios básicos de la salud pública y de la medicina insitando momentos de resistencia popular. Según Foucault:

“la intervención en los locales insalubres, las verificaciones de la vacunación, los registros de enfermedades, en realidad tenían por objeto el control de las clases más necesitadas.”

Por eso, como contrapropuesta a la policía médica, en 1838, surgió un movimiento de jóvenes médicos en Francia que proponían una medicina social que atendiera la salud de la colectividad.<sup>148</sup> Pero, la ideología liberal no permitió que el movimiento de salud social avanzara. Solamente años más tarde, los antiguos países socialistas implementaron algunos de los principios de la medicina social como inversiones en modelos sanitarios estatales.<sup>149</sup>

---

<sup>145</sup> Idem.

<sup>146</sup> Gómez-Arias, R., *Op. cit.*

<sup>147</sup> Idem.

<sup>148</sup> Idem.

<sup>149</sup> El modelo cubano de salud pública es basado en los principios de la medicina social.

En finales del siglo XIX surgen en los Estados Unidos e Inglaterra movimientos higienistas con el objetivo de controlar los factores de riesgo para enfermedades prioritarias de la época (el cólera y la fiebre amarilla). Aunque la expresión de este movimiento sea más visible en relación con la arquitectura y el urbanismo, las prácticas, en general, responsabilizaban a las personas y sus comportamientos de la aparición de enfermedades. Así, los higienistas se dedican a la educación sobre hábitos higiénicos y a estrategias urbanas con el fin de limpiar las áreas centrales de las ciudades así como todas las áreas designadas a actividades de ámbito público.<sup>150</sup>

En ese momento, la salud también pasa a tener una importancia internacional y los Estados pasan a discutir políticas públicas propias con conferencias desde 1907 en Roma y la creación del *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP) en 1908.<sup>151</sup> Con un enfoque en la epidemiología, el colonialismo transfiere las ideas de salud pública y los conceptos de los higienistas creando el concepto de medicina tropical para tratar los problemas y enfermedades específicos de las regiones tropicales y subtropicales de las colonias.<sup>152</sup>

Los Estados pasan a organizar los primeros sistemas de información y control sobre la población que más tarde originaron estudios de estadística y de demografía. Los Estados también hicieron de la higiene una norma social de carácter obligatorio y colectivo y mantuvieron la medicalización de la policía y de las instituciones que antes trataban a los pobres de manera general. Además, para lograr sus políticas, el Estado también produjo una “*reconceptualización y reorganización*” de la estructura familiar. La familia pasa a ser entendida como responsable de

---

<sup>150</sup> Gómez-Arias, R., *Op. cit.*

<sup>151</sup> “Vingt-cinq ans d’activité de L’Office International D’Hygiène Publique 1909 -1933.” Paris. 1933.

<sup>152</sup> En Angola, algunos de los principales políticos fundadores del Movimento Popular para a Libertação de Angola (MPLA) eran médicos formados en las Universidades de Coimbra y Lisboa. Américo Boavida, uno de los heroes de la independencia, era formado específicamente en medicina tropical.

garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo con sus hijos y por eso la prioridad del Estado Moderno pasa a ser la infancia.<sup>153</sup>

Ese entendimiento no es consensual y, de hecho, el derecho a la salud pasa a enfrentarse a, por lo menos, una gran contradicción: la contradicción entre el capitalismo y la noción de salud pública. Como expuso Rubén Darío Gomez-Arias, el capitalismo:

“se ve obligado a impulsarla [la salud pública], pues es condición inevitable para la generación de riqueza, pero de otra parte, garantizar el bien de las mayorías le exige, con frecuencia, limitar los derechos de los individuos.”<sup>154</sup>

El sistema capitalista, que tiene como principio la defensa de las libertades individuales, está de acuerdo con la concepción del derecho a la salud que considera una obligación del Estado proteger a los individuos contra abusos a la integridad física y mental, por ejemplo contra la tortura, abusos, violencia e intimidación. Pero, el sistema capitalista y la idea de las libertades individuales se contraponen a la idea de los determinantes estructurales de la salud (factores que incluyen las condiciones económicas y sociales) que vinculan la salud con la idea de justicia social, de lucha contra las desigualdades y el principio de no discriminación, y ponen en tela juicio la propiedad privada y la acumulación de la riqueza.

Los conceptos, la tradición y las contradicciones incorporados en la idea de salud pública se acentúan todavía más después de la revolución industrial y siguen presentes en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 donde, por primera vez en un instrumento internacional, la salud es reconocida como un derecho. Por ejemplo, la Declaración reconoce la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 25/1) y establece que las

---

<sup>153</sup> Rubén Darío Gomez-Arias incluye como funciones del Estado Moderno y funciones de la policía los siguiente: *“controlar los crímenes, controlar la higiene, las contrucciones y la moral pública; cuidar los pobres, huérfanos y desamparados; controlar los abastecimientos de agua; controlar la paz matrimonial; controlar los mercados; controlar los viajeros y las prostitutas; prevenir los incendios, accidentes y heridas; investigar las muertes accidentales; levantar/recabar información del Estado (estadísticas); y regular la práctica de médicos, cirujanos y barberos.”*

<sup>154</sup> Gómez-Arias, R., *Op. cit.*

mujeres y los niños son los grupos vulnerables que necesitan de cuidados especiales (Artículo 25/2).

Sin embargo, la Declaración es un documento de aspiraciones en su naturaleza y, al menos inicialmente, no establece obligaciones jurídicas internacionales. Las obligaciones se firman más tarde con la redacción de los instrumentos que detallan estos derechos y mecanismos de aplicación en el ámbito internacional: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

### **2.1. El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta y proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos, un acto histórico en que la comunidad internacional compuesta por representantes de 48 países se pronuncia en favor de un compromiso por los derechos humanos y una repulsa a las graves violaciones ocurridas durante la Segunda Guerra Mundial. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) afirma que los derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) son "inalienables e indivisibles" reconociendo la importancia de la libertad y la equidad. Sin embargo, en el principio, la Declaración Universal era esencialmente un documento de intenciones y no implicaba obligaciones jurídicas. Intenciones que todavía no eran un consenso. De hecho, el proceso de elaboración de la DUDH releva una dicotomía ideológica entre el liberalismo y el socialismo que pasan a guiar las decisiones sobre derechos humanos.

Carol Anderson explica cómo las tensiones ideológicas están presentes incluso en la Asamblea de creación de las Naciones Unidas (la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Organización Internacional, conocida por su abreviatura en inglés de UNCIO), en San Francisco

en 1944, y durante el proceso de formulación de la DUDH por la Comisión de Derecho Humanos.<sup>155</sup> Según Anderson, la delegación de los Estados Unidos, a través de la influencia de los Demócratas sureños interesados en mantener la supremacía blanca, fue exitosa en su esfuerzo de imponer un lenguaje de derechos humanos que no desafiaría las leyes americanas de segregación racial (Jim Crow). Para eso, los Estados Unidos propusieron: (1) un lenguaje que enfatizaba las libertades, (2) una cláusula sobre la jurisdicción doméstica y (3) la división del Pacto de Derechos Humanos en dos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), abiertos a firma y ratificación en 1966, y con entrada en vigor en 1976.<sup>156</sup>

La decisión política y diplomática de elaborar dos pactos se tradujo, en la práctica, en la división de los derechos humanos en dos grupos: los derechos civiles y políticos, y los derechos económicos, sociales y culturales, cada cual con instrumentos y mecanismos de implementación separados y autónomos.<sup>157</sup>

Esta división tuvo consecuencias importantes para el movimiento de derechos humanos. No solo fueron los derechos económicos, sociales y culturales degradados a un segundo plano, o “segunda generación,” sino que también había una noción generalizada de contraposición entre los derechos civiles y políticos *vis a vis* los derechos económicos, sociales y culturales. Por ejemplo, una visión crítica de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) defendía

---

<sup>155</sup> Anderson, C. “A ‘Hollow Mockery’: African Americans, White Supremacy, and the Development of Human Rights in the United States.” En Soohoo, C., Albisa, C. y Davis, M. *Bringing Human Rights Home: A History of Human Rights in the United States*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2007.

<sup>156</sup> Idem.

<sup>157</sup> Los derechos civiles y políticos eran una clara prioridad para las Naciones Unidas que creó una institución de supervisión para el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en 1946 y la nombró “Comité de Derechos Humanos”, una referencia simbólica importante para los derechos civiles y políticos como los únicos derechos. La institución para la supervisión del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se denominó Comité para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en inglés, ECOSOC).

que esos derechos limitaban las libertades individuales, que no eran precisos o que demandaban recursos extraordinarios para su implementación.

Esas críticas fueron combatidas puntualmente. De hecho, los DESC no exigen necesariamente más recursos que los derechos civiles y políticos y gradualmente se elaboran leyes específicas sobre aspectos de los DESC principalmente sobre el derecho a la salud.

Otra fuente de tensión en ese primer momento, fue que los principales defensores de los DESC eran países socialistas. Además, en muchos países, defender los DESC durante la guerra fría se veía como equivalente a promover el comunismo, una posición que podría implicar el encarcelamiento, la tortura o la desaparición forzada.

Sin embargo, en una contradicción histórica, solamente en los años 90, después del debilitamiento de los sistemas de economía planeada, también denominada socialista, en un mundo con economía de mercado globalizado, es cuando los DESC reciben más atención e importancia. En parte ese cambio ocurre porque durante el predominio de la economía de mercado y el sistema capitalista neoliberal se produjo un crecimiento de la población extremadamente pobre y se aumentaron las desigualdades económicas y sociales hasta un punto que se torna insoportable para unos y muy restrictivo para otros.

Fue el PIDESC, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 3 de enero de 1966, que, por primera vez, enumeró medidas para que los Estados Miembros lograran la plena realización del derecho a la salud creando obligaciones específicas. En su Preámbulo, el PIDESC reconoce que para que un ser humano sea libre es fundamental que sean garantizadas una serie de condiciones económicas, sociales y culturales además de sus derechos civiles y políticos.<sup>158</sup>

---

<sup>158</sup> De hecho, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos también reconoce los derechos económicos, sociales y culturales en su preámbulo. Esa habría sido una fórmula para mantener la indivisibilidad de los

“(…) el ideal de ser humano libre, liberto del temor y de la miseria, no puede ser realizado a menos que se creen condiciones que permitan a cada uno gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, así como sus derechos civiles y políticos”<sup>159</sup>

La noción de necesidades humanas expresada en el preámbulo del Pacto está de acuerdo con el espíritu de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la idea de que los derechos son indivisibles. Además, las necesidades apuntadas en el PIDESC coinciden con la idea de los determinantes estructurales, o determinantes sociales, sanitarios, circunstanciales y políticos que determinan la distribución de la riqueza, el poder, los recursos y los sistemas de salud que afectan a cómo las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.<sup>160</sup> Así, el Artículo 12 del PIDESC establece que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A pesar del lenguaje inclusivo adoptado para garantizar el "*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*",<sup>161</sup> el PIDESC sigue enfrentándose a desafíos intrínsecos importantes. Primero, el lenguaje aparentemente inclusivo también es un lenguaje vago consistente en la predilección del capitalismo por la *multicasualidad* como explicación de las enfermedades. Las enfermedades son comprendidas como resultado de una serie de factores desconectados y no como resultado del modelo de producción y distribución de la riqueza.

---

derechos humanos mientras la ideología de los gobernantes de la época insistía en determinar dos categorías de derechos.

<sup>159</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Preámbulo. 1946.

<sup>160</sup> OMS. Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud. 2009.

<sup>161</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1946.

Las ideas defendidas son innovadoras pero no atacan las raíces de la desigualdad y los determinantes estructurales de la salud (como la pobreza). Al sujeto se le responsabiliza de los trastornos, las enfermedades y el coste de su tratamiento médico. Así, las enfermedades pueden ser convertidas en oportunidad para el mercado donde los servicios sanitarios, las intervenciones médicas y los medicamentos están disponibles.

Segundo, el lenguaje de énfasis y prioridades del PIDESC aplicado a un grupo definido por su edad (los niños) desarticula las relaciones sociales de interdependencia en el núcleo de la familia y de la comunidad. Por ejemplo, los niños no son una entidad o un grupo de personas independientes, separadas y desarticuladas de la sociedad. Las condiciones de salud y las condiciones económicas y sociales de la familia están reflejadas en la condición de salud de los niños. Aunque sea deseable dar prioridad a los niños no se puede desconectar totalmente la condición de salud de los niños de la condición de su familia y de su comunidad. Esa visión fue más tarde corregida y desarrollada de forma apropiada en la Convención sobre los Derechos de los Niños de 1989 que reconoce la importancia de las relaciones entre los derechos de los niños y el bienestar socio-económico de las familias y comunidades donde están insertos.<sup>162</sup>

El tercer desafío implícito en el PIDESC es la idea de que la salud funciona como un proceso cuantitativo progresivo.<sup>163</sup> Según Gómez-Arias, esa idea compatible con la noción de desarrollo económico y avances del capitalismo está expresada en el concepto de medición poco preciso de realización progresiva establecido en el Artículo 2(1) y por el cual:

“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”

---

<sup>162</sup> Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños. 1989.

<sup>163</sup> Gómez-Arias, R., *Op. cit.*



La idea de realización de los derechos por medio de realizaciones progresivas reconoce que la “plena realización” de todos los derechos económicos, sociales y culturales no podrá ser alcanzada en un espacio corto de tiempo y que está limitada a los recursos disponibles al Estado.

La noción de realización progresiva alimentó a muchos críticos del derecho a la salud que defendían que esos derechos no podrían ser evaluados o permitían mecanismos para la monitorización, punición por abuso y compensación de las víctimas.<sup>164</sup> Además, mientras que la realización progresiva se aplica al derecho a la salud, hay algunas obligaciones que son de efecto inmediato,<sup>165</sup> en particular tres elementos: (1) la obligación de no discriminación, (2) de protección y (3) de respetar y cumplir con condiciones mínimas de salud.

### **2.1.1. La obligación de no discriminación**

El Estado asume el compromiso de garantizar que todos los derechos se ejerzan sobre la base de la no discriminación y la obligación de adoptar medidas concretas para la realización del derecho a la salud, incluida la adopción de medidas legislativas. Los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso a servicios de salud y proporcionar cuidados de salud asequibles de forma gratuita, sin discriminación y de manera apropiada de acuerdo a la cultura y la ética científica y métodos, especialmente para aquellos que no pueden permitirse el lujo de pagar por programas de salud privados. El Estado debe ser proactivo y producir acciones que fortalezcan los derechos existentes a través de medidas positivas. Por lo tanto, la legislación específica para combatir la discriminación es indispensable, así como otras medidas legislativas, administrativas, financieras y educativas para proteger a las mujeres y los niños.<sup>166</sup>

---

<sup>164</sup> Wolff, J. *The Human Right to Health*. Amnesty International Global Ethics Series. 2008.

<sup>165</sup> ONU, *The Nature of State parties obligations* (Art. 2, par. 1); General Comment 3; CESCR; 14.12.90.

<sup>166</sup> Idem.

Al mismo tiempo que reconoce los límites de los recursos disponibles, el Pacto impone varias obligaciones que son de efecto inmediato (*immediate effect*) y asegura que la satisfacción de, por lo menos, un nivel mínimo de los derechos debe ser atendida.<sup>167</sup>

Entre los aspectos importantes considerados en las obligaciones inmediatas se destacan dos: (1) el principio de no discriminación y (2) la realización gradual y progresiva de los derechos. Por respeto a las obligaciones inmediatas, los Estados deberán adoptar medidas, deliberando, concretando políticas de acuerdo con el Pacto en un espacio de tiempo razonable.<sup>168</sup> También se sugiere que los Estados Parte indiquen al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no solamente las medidas adoptadas sino también la justificación de por qué esas medidas son las más apropiadas.

### **2.1.2. La obligación de proteger**

Los Estados también deben impedir que terceros interfieran en el derecho a la salud protegiendo a los individuos contra actos de terceros que puedan ser perjudiciales para su derecho a la salud, y adoptando las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales o de otra índole para realizar plenamente el derecho a la salud. Los Estados deben, por ejemplo, adoptar una política nacional de salud, o un plan nacional de salud, que incluya un sistema de salud eficaz e integrado con los demás sistemas públicos para garantizar el derecho al disfrute del grado máximo de salud por sus ciudadanos.

---

<sup>167</sup> Idem.

<sup>168</sup> Idem.

### **2.1.3. La obligación de respetar y cumplir con las condiciones mínimas de salud**

Las obligaciones de respetar también son obligaciones de cumplir o propiciar un mínimo de condiciones adecuadas como medio de crear el derecho directamente. Por ejemplo, el derecho de ofrecer alimentación adecuada para víctimas de desastres naturales o de otro tipo. Desde otro punto de vista, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha enfatizado las obligaciones más básicas que incluyen (1) servicios esenciales de atención a la salud primaria; (2) alimentación esencial mínima que sea nutritiva; (3) saneamiento; (4) agua potable; y (5) medicamentos esenciales.<sup>169</sup> Así, definidas las obligaciones, las violaciones son básicamente la no satisfacción u omisión de los derechos económicos, sociales y culturales al menos en un nivel mínimo esencial.<sup>170</sup>

La obligación de respetar y cumplir con un mínimo de condiciones al derecho a la salud u ofrecerlas, aprobando un sistema de salud nacional efectivo, se aplica también a la comunidad internacional. En el artículo 2 del PIDESC se hace hincapié en que las medidas de respeto a los derechos económicos, sociales y culturales deben ser estatales concretas y de asistencia y cooperación, especialmente en el campo de la economía y de la tecnología internacional.

La cooperación internacional también está prevista en los artículos 11, 15, 22 y 23, con la mención del derecho al desarrollo que busca la continua participación de toda la sociedad en la riqueza producida. Además, el PIDESC incluye también consideraciones importantes que se refieren a la protección de los más vulnerables de limitaciones graves de recursos ya sean causadas por la recesión económica, los ajustes u otros factores. Ningún Estado puede justificar el no cumplimiento de sus obligaciones con respecto a los derechos a la salud porque no dispone

---

<sup>169</sup> OMS, *Derecho a la salud. Nota descriptiva no. 323*, noviembre de 2012: WHO, 2012.

<sup>170</sup> Es importante distinguir la violación por inhabilidad y la por involuntariedad. En el caso de que un Estado utilice el máximo de sus recursos para atender a los derechos económicos, sociales y culturales sin alcanzar su plena accesibilidad estará cumpliendo con las obligaciones del Pacto.

de muchos recursos y los miembros vulnerables de la sociedad deben ser protegidos por los programas relativos de bajo coste.

En síntesis, el concepto de salud pública y el derecho a la salud se han desarrollado en concomitancia con el desarrollo de los derechos humanos. Primero con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y después con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud se incorpora al Derecho Internacional y de definen las obligaciones de los Estados Partes.

Estas obligaciones son de tres niveles: las obligaciones de respetar, de proteger y de cumplir. Las de respetar son contempladas por acciones de protección como, por ejemplo, el respeto al acceso existente a alimentación adecuada. Las obligaciones de proteger representan los medios en que el Estado es pro-activo y produce acciones que fortalezcan los derechos existentes, esto es, toma medidas positivas. Las obligaciones de cumplir son aplicadas como medio de concretar un derecho directamente, como por ejemplo un programa para ofrecer alimentación adecuada para víctimas de desastres naturales o de otro tipo.

Son violaciones el no cumplimiento de las obligaciones de respetar, proteger o cumplir por parte del Estado. Por ejemplo, una violación de la obligación de respetar sería la discriminación del acceso de esos derechos por raza, color, sexo, lengua u otro tipo de segregación. La no protección de las mujeres contra la violencia o la no condenación de los responsables por tal violencia son violaciones de la protección. El no cumplimiento de un programa de salud pública designado a atender las desigualdades en la distribución de los servicios de salud constituye una violación de la obligación de cumplir. Entre las violaciones también se destaca la violación generada por el mantenimiento de grandes disparidades entre las condiciones y políticas entre diferentes grupos geográficos (desigualdades regionales) o grupos

específicos (discriminación por sexo, raza o color de piel). Pero las violaciones también pueden ocurrir cuando el Estado no toma acciones directas para el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales o formalmente niega o suspende legislaciones necesarias para el continuo respeto de los derechos.

## **2.2. La salud en instrumentos regionales de derechos humanos**

El derecho a la salud, además del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), está reconocido en diversos instrumentos regionales. Pero la inclusión del derecho a la salud en los instrumentos regionales, así como de otros DESC, es un desarrollo reciente. Los primeros instrumentos regionales priorizaban los derechos civiles y políticos, como es el caso del Convenio Europeo para la Promoción de los Derechos Humanos y de las Libertades fundamentales, de 1950. Como se puede observar en los artículos seleccionados abajo sobre el derecho a la salud, los instrumentos de derechos humanos que siguieron fueron gradualmente ampliando y desarrollando la idea del derecho a la salud. En orden cronológico, así fue con la Carta Social Europea (1961), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador (1988).

La Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, afirma en el Artículo 11 sobre la protección de la salud que los gobiernos signatarios, miembros del Consejo de Europa, se comprometen a adoptar medidas adecuadas para:

“(1) Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. (2) Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. (3) Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.”<sup>171</sup>

---

<sup>171</sup> Carta Social Europea. 1961. Artículo 11.

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, conocida como la Carta de Banjul, aprobada y firmada por los Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana el 27 de julio de 1981, en su Artículo 16 determina que:

“(1) Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible. (2) Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.”<sup>172</sup>

Más reciente, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocida como el Protocolo de San Salvador, de 1988, en el Artículo 10 sobre el derecho a la salud establece que:

“(1) Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. (2) Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”<sup>173</sup>

### **2. 3. La salud y las convenciones internacionales ratificadas por Angola**

Angola ha ratificado algunos de los principales tratados internacionales de derechos humanos y derecho humanitario en cinco momentos históricos bien definidos. Esos momentos son importantes para este análisis porque corresponden a los periodos de transición política en el país. Trabajamos con la hipótesis de que los momentos de transición son periodos donde existe la posibilidad de avance de los derechos humanos y específicamente del derecho a la salud. El

---

<sup>172</sup> Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. 1981. Artículo 16.

<sup>173</sup> Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador), 1988. Artículo 10.

avance en derechos humanos se puede observar en términos de (1) ratificaciones de los tratados internacionales de derechos humanos, (2) la incorporación de derechos a los instrumentos nacionales, como la Constitución, y (3) la implementación de prácticas de promoción y protección de los derechos humanos. Entender porqué y qué tratados ha ratificado Angola sirve para identificar cuáles son los derechos que la sociedad angoleña ha señalado como prioridad y la posibilidad de implementación de esos derechos.

El primer momento de ratificación en Angola, o “episodio de ratificación” definido por Nielsen y Simmons como el periodo de diez a once años en torno a la ratificación,<sup>174</sup> ocurre después de la independencia del país en 1975. Es evidente que la independencia fue un momento de gran transición en Angola. El proceso de independencia fue la culminación de los esfuerzos de varios grupos independentistas y sobre todo de tres grupos: el Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), la Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA) y el Frente Nacional de Liberación de Angola (FNLA). Después de conflictos violentos que se iniciaron en 1961, en 11 de noviembre de 1975, el representante del gobierno portugués en Angola, el Almirante Leonel Cardoso, proclama la independencia de Angola transfiriendo la soberanía del país al pueblo angoleño y no a un movimiento político específico.

El 11 de noviembre de 1975, Agostinho Neto, líder del MPLA declara la independencia y garantiza el gobierno central a través del control de la capital, Luanda. Inmediatamente después de declarada la independencia, los tres grupos empiezan una guerra civil. Al MPLA le interesaba mostrar a la comunidad internacional sus buenas intenciones, asegurar su legitimidad como

---

<sup>174</sup> Nielsen, R., Simmons, B. *Rewards for Ratification: Payoffs for Participating in the International Human Rights Regime?*, 7 de octubre de 2013, Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=1451630> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1451630>

gobierno oficial y evitar críticas.<sup>175</sup> Precisamente en ese momento, el MPLA, como gobierno de Angola, firma en 1976 la Declaración de las Naciones Unidas, el país se torna miembro de la ONU y firma la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este primer episodio de ratificación podría ser explicado por el deseo político de reconocimiento de Angola como un país moderno y la ratificación sería una forma de ascender a la modernidad.<sup>176</sup>

La guerra entre los tres principales grupos pasó a servir como una *proxy* a la guerra fría impulsada por la riqueza de los recursos naturales de Angola. El MPLA recibía apoyo de Cuba y de la Unión Soviética, mientras que la UNITA recibía apoyo, principalmente, de los Estados Unidos y de la República de Sudáfrica y la FNLA recibía apoyo de los Estados Unidos y más tarde de China.<sup>177</sup>

La violencia y la participación de tropas extranjeras eran tan generalizadas durante el conflicto en Angola que, en 1984, el Consejo de Seguridad de la ONU emite una resolución exigiendo que África del Sur se retirara del conflicto en Angola y que no continuara apoyando a la Organización Popular del Sudeste Africano (SWAPO).<sup>178</sup>

En el mismo año, el MPLA firma un acuerdo con Cuba (la Declaración de Cuba). En ese acuerdo, Angola y Cuba se disponen a reducir el número de tropas cubanas presentes en Angola mediante la salida de la SWAPO del territorio angoleño y el reconocimiento de la independencia de Namibia.

En este segundo momento de transición política está claro que hay una preocupación por la reputación del gobierno y su actuación en el conflicto. Añadido a esa preocupación, la

---

<sup>175</sup> Hafner-Burton, E. y Tsutsui, K. "Human Rights in a Globalizing World: The Paradox of Empty Promises." *American Journal of Sociology*. Soc. 2005.

<sup>176</sup> Wotipka, C. M., y Ramirez, F. "World Society and Human Rights: An Event History Analysis of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women." En *The Global Diffusion of Markets and Democracy*, Simmons, B., Dobbin, F. y Garrett, G. (Editores); Nueva York, Cambridge University Press. 303-43.

<sup>177</sup> Hodges, T. "The economic foundations of the patrimonial state". En: Chabal, P., Vidal, N., editores. *Op. cit.*

<sup>178</sup> Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Resolución 435. 1978.



Resolución del Consejo de Seguridad de la ONU emulsiona un segundo episodio de ratificación.

En 1984, el gobierno angoleño aprobó los principales instrumentos del derecho humanitario a partir de la firma de los cuatro Convenios de Ginebra (de 1949) y el Primer Protocolo Adicional y de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (de 1982). Es importante notar que al adherirse a los cuatro Convenios de Ginebra y al Protocolo Adicional, Angola hace dos reservas. La primera reserva es sobre crímenes contra la humanidad y dice que Angola considera:

“no extender los beneficios derivados del Artículo 85 de la Convención, relativa al tratamiento de los prisioneros de guerra, a las personas que hayan cometido crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad tal como se define en el Artículo VI de los ‘Principios de Nuremberg’ tal como fueron formulados en 1950 por la Comisión de Derecho Internacional sobre las instrucciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.”<sup>179</sup>

La segunda reserva especifica al Protocolo trata de la cuestión de los mercenarios.

Angola define como delito de mercenarismo:

“(a) a los que reclutan, organizan, financian, equipan o entrenan mercenarios o los emplean en cualquier otra forma; (b) los que, en el territorio bajo la jurisdicción o en cualquier otro lugar bajo su control, permiten la ejecución de cualquiera de los actos mencionados en el párrafo anterior o permiten instalaciones para el tránsito o el transporte de mercenarios; (c) Cualquier extranjero que, en el territorio de Angola, cometa cualquiera de los actos mencionados anteriormente en contra de otro país; (d) Cualquier ciudadano angoleño que con el fin de subvertir la soberanía o la integridad territorial de un país extranjero o para oponerse a la libre determinación de un pueblo, cometa cualquiera de los actos mencionados en los artículos anteriores.”<sup>180</sup>

Las reservas notificadas, sobre todo la cuestión de los mercenarios, son relevantes para la experiencia de Angola durante el conflicto y son importantes porque demuestran una firma de los Convenios de manera activa. Interesante notar que no se hicieron reservas sobre las cuestiones relativas al derecho a la salud y cuidados médicos tratados en los Convenios de Ginebra. Los

---

<sup>179</sup> *Revista Internacional de la Cruz Roja*, septiembre-octubre de 1984, n° 242, P. 287.

<sup>180</sup> República de Angola. Notificación dirigida al CICR el 27 de septiembre de 1984. (Traducción de la autora).

artículos relativos al derecho a la salud y cuidados médicos en los Convenios de Ginebra son amplios.<sup>181</sup>

La ratificación de los Convenios de Ginebra podría implicar un coste significativo para el gobierno de Angola ya que las políticas y prácticas durante el conflicto necesitaban ser ajustadas para cumplir con las obligaciones de los convenios. Pero es posible que el MPLA no lo percibiera así porque, desde su independencia, el MPLA ha señalado a la comunidad internacional que el derecho a la salud de sus ciudadanos era una prioridad.

Las resoluciones, intenciones y declaraciones de 1983-84 no lograron resultados en la práctica y, en 1985, África del Sur reinició su ofensiva en territorio angoleño. Los conflictos entre la SWAPO y el MPLA, apoyados por tropas cubanas, atingen la cumbre en Kuito Cuanavale en 1987, una de las batallas más violentas de la guerra civil en Angola. Los conflictos entre SWAPO y el MPLA solo son interrumpidos en 1991.<sup>182</sup>

El tercer episodio de ratificación se inicia en 1991, cuando en Bicesse (Portugal), el MPLA y la UNITA firman un nuevo acuerdo de paz supervisado por Portugal, Estados Unidos y la Unión Soviética (grupo de países conocido como Troika). Los acuerdos de Bicesse establecen una prohibición a los dos grupos de adquirir armamentos pero garantizan al MPLA el reconocimiento como gobierno legítimo de Angola. Después de Bicesse, al gobierno del MPLA se atribuye la responsabilidad de organizar elecciones presidenciales en 1992.

Después de los acuerdos de Bicesse, el gobierno del MPLA revisó la Constitución, aprobó una democracia multipartidista, priorizó los derechos civiles (con registros de votación) y estableció los principios básicos de una economía de mercado.<sup>183</sup> A nivel internacional, en esa

---

<sup>181</sup> Comité Internacional de La Cruz Roja (CICR), Treaties and State Party to Such Treaties. Disponible en: <http://www.icrc.org/ihl/INTRO/380>

<sup>182</sup> HRW. *Angola Explicada: Ascensão e Queda do Processo de Paz de Lusaka*. Op. cit.

<sup>183</sup> Vidal, N. Op. cit.

época, Angola ratifica el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>184</sup>

Los acuerdos de Bicesse no logran garantizar la paz en Angola y el conflicto se restablece después de las elecciones de 1992. El nuevo conflicto entre el MPLA y la UNITA dura hasta abril de 2002. En ese año, a partir de la victoria militar del MPLA sobre la UNITA se establece la paz por medio del memorándum de entendimiento (Memorandum de Luena) como adenda al Protocolo de Lusaka (1998).

La paz de 2002 crea un nuevo episodio de ratificación de tratados internacionales de derechos humanos. El Consejo de Seguridad de la ONU encomendó a la sección de derechos humanos que se creara una misión de las Naciones Unidas en Angola (Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos - *Office of the High Commissioner for Human Rights*, OHCHR) para ayudar al gobierno durante el proceso de transición, consolidación de la paz y la protección y promoción de los derechos humanos.

En 17 de mayo de 2007, Angola es elegida para tomar parte en el Consejo de Derechos Humanos. Para que el país pudiera tomar asiento en el Comité, el gobierno asume el compromiso de acelerar la ratificación de los instrumentos de derechos humanos que todavía no había ratificado. En ese momento, Angola ratifica, el 1 de noviembre de 2007, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo.

Después de 2007, a pesar del compromiso público del MPLA de ratificar los tratados internacionales de derechos humanos pendientes, los instrumentos no fueron ratificados tan rápidamente, principalmente porque en parte necesitan ser aprobados por el Consejo de

---

<sup>184</sup> Angola ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño el 14 de febrero de 1990. Esta ratificación puede ser considerada en el mismo episodio de ratificación definido por Nielsen y Simmons que incluye de 10 a 11 años en total (5 años antes de la ratificación y 6 años después de la ratificación).

Ministros y por la Asamblea Nacional de Angola y, por otra parte, porque el gobierno se indispuso con la presencia de la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (OHCHR) en Angola.<sup>185</sup>

Hay muchos estudios académicos que analizan cómo y por qué ocurre la ratificación de los instrumentos y tratados de derechos humanos. Una de las principales teorías es la idea de los “premios” (*rewards theory*) en que los países reciben premios tangibles o intangibles por la ratificación de los tratados de derechos humanos.<sup>186</sup> Los premios tangibles son en forma de inversiones, ayuda o comercio internacional mientras los premios intangibles son en forma de aceptación, elogios y legitimidad. No se puede decir hasta qué punto las ratificaciones de los principales tratados de derechos humanos por Angola responden a presiones internacionales o son inducidos externamente.

Como hemos apuntado anteriormente, en Angola los momentos o episodios de ratificación corresponden a periodos de transición política. En esos momentos, en general y no solo en Angola, los gobiernos necesitan garantizar un grado de legitimidad interna y externa, situación que potencialmente sería favorable a la ratificación de los tratados internacionales de derechos humanos porque las leyes y organizaciones internacionales parecen ser un medio eficaz de obtener legitimidad ante la comunidad internacional.

Es difícil cuantificar los beneficios tangibles o intangibles que el gobierno angoleño logra después de ratificar los tratados de derechos humanos. Si se analizan los beneficios en forma de ayuda internacional (*foreign aid*) y los beneficios tangibles, se nota que la ayuda internacional no militar no corresponde necesariamente a los periodos de ratificación. Por ejemplo, en 1984, el total de ayuda internacional a Angola fue de cerca de 33 millones de dólares americanos, más del

---

<sup>185</sup> Comité Internacional de La Cruz Roja (CICR), *Treaties and State Party to Such Treaties*. Disponible en: <http://www.icrc.org/ihl/INTRO/380>.

<sup>186</sup> Nielsen, R., Simmons, B. *Op. cit.*

doble del valor enviado a Angola en 1979.<sup>187</sup> Sin embargo, el aumento en la ayuda internacional enviado a Angola en 1984 parece responder a otra situación. Desde mediados de los años 80, con la crisis del petróleo, Angola experimentó también una crisis agrícola y solicitó asistencia extranjera a las Naciones Unidas y al Programa Mundial de Alimentos (World Food Program, WFP). Esa ayuda normalmente no está condicionada a la ratificación de los instrumentos de derechos humanos y, en el caso de Angola, no era totalmente suficiente.<sup>188</sup> Además, hay que resaltar que a Angola en esa época se le enviaba asistencia extranjera en forma de apoyo alimentario y artículos de supervivencia no comparables al apoyo que el MPLA recibía de la Unión Soviética después de la independencia.<sup>189</sup>

En medio de una crisis de recursos y para suprimir la ayuda humanitaria y tener acceso a fuentes de inversiones y asistencia extranjeras, Angola busca más apoyo internacional en 1985. En esa época, firma los acuerdos de Lomé, acuerdos de desarrollo y asistencia internacional entre la Comunidad Europea y los países africanos. La Comunidad Europea tradicionalmente vincula su apoyo a los derechos humanos pero esa vinculación ocurre más en forma de realizaciones de los derechos y no solamente en términos de ratificaciones.<sup>190</sup>

Con el final de la crisis del petróleo, sobre todo después de 1992, la dependencia de recursos extranjeros disminuye y se puede observar un interés creciente del sector privado extranjero por realizar inversiones o actividades económicas en Angola. Por ejemplo, en 1992, un grupo de abogados con sede en Mozambique publica una guía para negocios extranjeros en Angola de gran circulación titulada “*Doing Business in Angola*” (Hacer Negocios en Angola).<sup>191</sup>

---

<sup>187</sup> Angola foreign assistance. Mongabay.com. Disponible en: [http://www.mongabay.com/history/angola/angola-foreign\\_assistance.html](http://www.mongabay.com/history/angola/angola-foreign_assistance.html)

<sup>188</sup> Idem.

<sup>189</sup> Idem.

<sup>190</sup> Idem.

<sup>191</sup> Idem.

No sería sorprendente que la teoría de los premios no explicara la motivación para los episodios de ratificación de tratados internacionales por Angola. Nielsen y Simmons, probando la teoría de los premios por ratificación y la relación del respeto a los derechos humanos, específicamente de los derechos civiles y políticos, encuentran que la teoría de ratificación por premio no encuentra evidencias empíricas.<sup>192</sup>

Aunque sea difícil relacionar beneficios cuantificables a los episodios de ratificación, las observaciones empíricas apuntan a tres razones principales para la ratificación de los tratados internacionales por Angola. En primer lugar, el deseo de legitimidad del gobierno angoleño en momentos de transición política, como en la independencia y durante los acuerdos de paz. En segundo, cuanto más involucrado esté el gobierno en estructuras de la sociedad internacional más probable hágase hará la ratificación de los tratados. En tercer lugar, la ratificación tiene un efecto en cadena: una vez ratificado un tratado se espera la progresión de la posición asumida con la ratificación de otros tratados sobre el mismo tema. Se podría llegar a una conclusión similar para la inclusión del derecho a la salud en las leyes angoleñas principalmente porque no está claro que la comunidad internacional ejerciera presión u ofreciera premios por ratificación de tratados específicos sobre el derecho a la salud. Además, la ratificación activa de tratados internacionales sobre salud desde la independencia ha señalado a la comunidad internacional que el derecho a la salud es entendido como una prioridad para la sociedad angoleña.

---

<sup>192</sup> Nielsen, R., Simmons, B. *Op. cit.*

### Capítulo III - La salud y la legislación nacional

***“Constitution writers working under the umbrella of international rights treaties are more likely to pattern their documents after the international instruments, but they are even more likely to do so if their country has ratified the instrument.”***

– Elkins, Ginsburg y Simmons, *Getting to Rights: Treaty Ratification, Constitutional Convergence, and Human Rights Practice*

Los tratados internacionales, regionales y normas nacionales son complementarios y suplementarios. Complementarios porque los derechos que constituyen los tratados internacionales necesitan de mecanismos e implementación a nivel nacional. También son suplementarios porque las normas regionales y nacionales proponen acciones prácticas para la implementación y monitorización de las violaciones de los derechos. Por eso, además de firmar los tratados internacionales de derechos humanos es importante que los derechos sean reforzados por constituciones nacionales y también mecanismos regionales.

Gradualmente, los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) han sido incorporados a las constituciones modernas. No hay duda que los DESC se expandieron después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) pero todavía no constan en la mayoría de las constituciones.<sup>193</sup> Todavía hay mucha divergencia entre los valores políticos y sociales de los países y según análisis del Proyecto Comparativo de las Constituciones (Comparative Constitutions Project, CCP), el derecho a la salud ha penetrado en menos de la mitad de las constituciones nacionales.<sup>194</sup>

Según los resultados del CCP, listados en la tabla 3.1, el 16.9% de las constituciones elaboradas entre 1988 y 2006 citan específicamente que el Estado debería costear el

---

<sup>193</sup> Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., “Getting to Rights: Treaty Ratification, Constitutional Convergence, and Human Rights Practice. *Harvard International Law Journal*. Vol. 54, N°.1, 2013.

<sup>194</sup> Idem.

fortalecimiento de la salud pública. Aunque bajo, ese porcentaje es cuatro veces más que el número de constituciones con especificaciones similares en el periodo 1915-1988.<sup>195</sup>

**Tabla 3.1 – Porcentaje de Constituciones que incluyen el derecho a la salud<sup>196</sup>**

<b>Tipo de inclusión del derecho a la salud/Años</b>	<b>1789-1914</b>	<b>1915 -1988</b>	<b>1988-2006</b>
Mención sobre el derecho a salud	0%	13.5%	38.3%
Mención de que el Estado tiene obligación de ofrecer cuidados de salud	1.6%	19.2%	35.7%
Especificación de que el Estado debería costear un sistema de salud pública	0%	3.8%	16.9%

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que cerca de 115 constituciones del mundo hacían mención al derecho a la salud o cuidados de salud.<sup>197</sup> De ese grupo, un número significativo resulta de constituciones de países que han pasado por una transición política reciente o están en transición ‘post-conflicto’. Países en posguerra, como Angola y Ruanda, y otros todavía en situaciones de conflicto regional, como Sudán y la República Democrática del Congo, consideran el derecho a la salud una garantía del Estado a todos sus ciudadanos y reconocen sus obligaciones en derecho humanos según el Derecho Internacional. Esa observación es importante para este estudio porque indica que el derecho a la salud ha avanzado principalmente en las constituciones de países post-conflicto como forma de avance en la transición posguerra y la consolidación de la paz.

<sup>195</sup> Idem.

<sup>196</sup> Datos basados en Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., *Op. cit.*

<sup>197</sup> Office of the U.N. High Commissioner for Human Rights, *The Right to Health: Fact Sheet N°. 31* 10. 2008. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>



En este capítulo, se analiza la relación entre los tratados internacionales y regionales y las constituciones nacionales con énfasis en el derecho a la salud. Se busca demostrar cómo las sociedades post-conflicto no solo son susceptibles a influencias del exterior sino que también reconocen el derecho a la salud como parte fundamental del proceso de transición.

### **3.1. La salud como derecho constitucional**

En términos mundiales, la inclusión de los derechos humanos en constituciones nacionales ocurre durante dos momentos históricos muy significativos. El primer momento ocurre en 1917, en medio de un proceso revolucionario que se originó a partir de las diferentes demandas sociales en México. En ese año, México aprueba su Constitución revolucionaria, la *Carta Magna Mexicana*, que reconoce en los Artículos 3 (educación) y 4 (salud, residencia y derecho de los niños) los pilares de lo que más tarde sería conocido como Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

A pesar de que la constitución mexicana de 1917 fue posteriormente revocada por el mismo proceso revolucionario que la creó y que duró cerca de dos décadas, muchos de sus fundamentos instaurados son tan importantes que la *Carta Magna Mexicana* ha sido reconocida como la marca del constitucionalismo social influenciando otras constituciones como la Constitución Rusa de 1918 y la Constitución de Weimar de 1919.<sup>198</sup>

El segundo impulso a la inclusión de los DESC en constituciones nacionales ocurre después de la Segunda Guerra Mundial cuando muchas de las constituciones votadas y aprobadas en esa época se basan en la idea de inclusión social y un Estado de bienestar con derechos humanos.

---

<sup>198</sup> Ver, Wolkmer, A. C., *Constitucionalismo y Derechos Sociales en Brasil*; Editora Academica; São Paulo, 1989; P-19-20.

Después de la Segunda Guerra Mundial se crea la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y los dos Pactos de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) además de un sinnúmero de tratados internacionales de derechos humanos. Y según Elkins, Ginsburg y Simmons, los tratados internacionales de derechos humanos, tanto por su carácter de obligaciones directas (*vinculantes*) y aspiraciones (*no vinculantes*) han contribuido a la incorporación de los derechos humanos en las constituciones nacionales.<sup>199</sup>

Esa incorporación o convergencia entre los tratados internacionales y las leyes nacionales ocurre por tres razones principales: (1) coerción, (2) persuasión y (3) aculturación.<sup>200</sup> La coerción ocurre cuando un Estado intenta convencer a otro de adoptar las normas internacionales por imposición. La persuasión es una forma de aprendizaje que ocurre cuando un Estado convence a otro de que los cambios o la inclusión de las normas internacionales en las leyes nacionales valen la pena. En otras palabras, las constituciones se desarrollan a través de un proceso de aprendizaje de normas externas y de redes de constituciones y normalmente son un reflejo de su tiempo.

La aculturación ocurre cuando los tomadores de decisiones (*decision makers*), los grupos transnacionales y el público en general, internalizan la idea e importancia de los derechos humanos y los mecanismos necesarios para su implementación y promueven los cambios en las leyes nacionales. Así, los instrumentos y tratados internacionales de derechos humanos sirven en primer lugar como fuentes de inspiración para la acción política y también para los cambios constitucionales.

No obstante, los cambios normativos solo se concretan en la práctica si los actores sociales están movilizados y demandan cambios efectivos desde dentro. Por eso, los periodos de

---

<sup>199</sup> Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., *Op. cit.*

<sup>200</sup> *Idem.*

transición política o de post-conflicto son tan importantes. Elkins, Ginsburg y Simmons, analizando la relación de los tratados internacionales y las constituciones, han observado que los tratados son:

“instrumentos eficaces para desarrollar los derechos humanos cuando hay una oportunidad para la movilización política o legal de demandar una implementación eficaz [de esos derechos].”<sup>201</sup>

La transición política o el *post-conflicto* genera un momento de oportunidad para la inclusión de los tratados internacionales en las constituciones nacionales.

Como se observó en el capítulo anterior (Capítulo 2), la ratificación de los tratados de derechos humanos por el gobierno de Angola ocurre en momentos de transición política (episodios de ratificación). Esos episodios de ratificación también influyen en la incorporación de los derechos humanos a las constituciones y leyes nacionales. Pero, ¿por qué países en situación vulnerable, como en post-conflicto, se disponen a ratificar los tratados internacionales de derechos humanos e incluir esos derechos en la constitución y las leyes nacionales? Los estudiosos del tema sugieren que la ratificación de los tratados de derechos humanos con incorporación a constituciones ocurre para reforzar dos principios principales. En primer lugar está el principio de la jerarquía de los derechos. Si la ratificación de los tratados internacionales sobre derechos humanos sirve como señal a audiencias nacionales e internacionales de los principios y objetivos de un Estado, la incorporación de los derechos humanos en constituciones y leyes nacionales señala las prioridades específicas y la jerarquía de los derechos para audiencias que pueden ser tanto nacionales como internacionales (socios, organizaciones internacionales y público extranjero).

---

<sup>201</sup> Idem. (Traducción de la autora)

En segundo lugar, la incorporación de los tratados internacionales de derechos humanos a constituciones y leyes nacionales se hace con base en el principio de la suplementación de las leyes. Constituciones y tratados internacionales son suplementarias una vez que los mecanismos de aplicabilidad y la adopción de las normas de derechos humanos en los dos niveles aumentan las probabilidades de que las normas sean aplicadas porque hay más monitores y espacios alternativos para el control de las acciones del gobierno. Así, la suplementación del derecho mediante la adopción de normas de derechos humanos en niveles múltiples (nacional e internacional) puede aumentar la posibilidad de implementación de las normas así como el control de su implementación.<sup>202</sup>

Es posible que exista otro momento de impulsión de la inclusión de los derechos humanos en constituciones nacionales que no se ha analizado tan profundamente. Ese momento coincide con el proceso de globalización ya que se observa que, más recientemente, la globalización ha coincidido con el avance y la protección de los derechos humanos.<sup>203</sup> De hecho, la gran parte de las constituciones de cerca de 170 países que incluyen artículos específicos sobre los derechos humanos está formada por constituciones recientes.<sup>204</sup> Además, en los últimos años, el número de derechos incluidos en una constitución también ha aumentado.<sup>205</sup> ¿Cómo y por qué la globalización impulsa la inclusión de los derechos humanos en leyes nacionales? Además de esta pregunta se presenta una preocupación importante: ¿La incorporación de los derechos humanos en una constitución nacional tiene implicaciones o facilita la práctica de derechos humanos?

---

<sup>202</sup> Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., *Op. cit.*

<sup>203</sup> *Idem.*

<sup>204</sup> *Idem.*

<sup>205</sup> *Idem.*

Elkins, Ginsburg y Simmons argumentan que la incorporación de los tratados en las leyes domésticas es una forma por la cual el régimen de derechos humanos puede tener un impacto local y promover la defensa de los derechos humanos en la práctica. Eso ocurre por cuatro razones principales: consistencia legal, credibilidad, intensidad y aplicabilidad.

(1). Consistencia legal – la adopción de promesas a nivel internacional crea obligaciones y para mantener la consistencia legal los Estados son motivados a incluir las normas de derechos humanos en las leyes nacionales para evitar problemas operativos y de las autoridades reguladoras en múltiples niveles. Los tratados internacionales recomiendan que los Estados entrenen y animen a jueces y abogados a considerar más a menudo las violaciones a los derechos humanos a nivel nacional e internacional. Deberían incorporarse instrumentos jurídicos domésticos en consonancia con las resoluciones de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos (PIDCP y PIDESC) de que los Estados deben respetar, proteger y facilitar el trabajo de activistas de derechos humanos y otros miembros de la sociedad civil.

(2). Más credibilidad – las promesas internacionales, aún sin una aplicación formal, aumentan el coste de las violaciones para los Estados. Las constituciones expresan compromisos que pueden tener más credibilidad que las leyes regulares. Es importante decir que cualquier persona o grupo víctima de violaciones de sus derechos económicos, sociales y culturales debería tener acceso a mecanismos jurídicos eficaces tanto a nivel nacional como internacional con posibilidades de reparación en forma de restitución, compensación, satisfacción de garantías o no repetición de la violación. Para eso, las denuncias de violaciones deben ser enviadas a órganos independientes como los Defensores del Pueblo Nacionales (*Ombusman*), la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Asociaciones de clase, etc.<sup>206</sup>

---

<sup>206</sup> ONU, *The right to the highest attainable standard of health*; General Comment 14; CESCR; 11.08.00

(3). Intensidad – Cuantas más interacciones con los tratados y normas internacionales de derechos humanos, más intensas son las señales para audiencias relevantes sobre los principios, objetivos, jerarquía y prioridades de los gobiernos.

(4). Más aplicabilidad - La adopción de una normativa de derechos humanos en una constitución nacional supone que esa normativa sea más aplicable porque habrá más jueces y profesionales entendidos y responsables de la aplicación de la ley en territorio nacional.<sup>207</sup>

Angola no es solamente un país en posguerra. Angola es un país que vive su transición post-conflicto en una época de globalización que, por un lado, impone un sistema económico hegemónico y liberal pero, por otro lado, convive con las tensiones sociales que permiten el desarrollo de los derechos incluso el derecho a la salud.

No hay dudas de que los derechos humanos y los instrumentos de derechos humanos están hoy incorporados en la Constitución Angoleña. De manera expresa, la actual Constitución de 2010 establece que "La República de Angola respeta y aplica los principios de la Carta de las Naciones Unidas y la Carta de la Unión Africana..." (Artículo 12/1), que el derecho internacional general o común recibido es una parte integral del sistema jurídico de Angola (Artículo 13/1) y que los tratados y acuerdos internacionales ratificados o aprobados regularmente serán aplicables en el sistema jurídico de Angola después de su publicación oficial y entrada en vigor, mientras sean vinculantes a nivel internacional y al Estado de Angola (Artículo 13/2).<sup>208</sup>

### **3.2. El derecho a la salud en constituciones de países en situación de post-conflicto**

Después del fin de la guerra en Angola y el acuerdo de paz de Luena, en 2002, la Asamblea Nacional de Angola convocó a expertos técnicos que prepararan una primera versión de lo que sería la cuarta constitución angoleña desde la independencia. Los expertos de la

---

<sup>207</sup> Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., *Op. cit.*

<sup>208</sup> República de Angola. Constituição. 5 de febrero, 2010.

Universidad Agostinho Neto bajo la coordinación del profesor Rui Ferreira deberían incluir las sugerencias enviadas por los partidos angoleños. El documento se finalizó en 2004 pero debido a disputas entre el MPLA y los partidos de la oposición sobre cuando se realizarían las elecciones presidenciales, la nueva constitución solo fue aprobada en 3 de febrero de 2010.<sup>209</sup>

La Constitución de 2010 no está salvo de críticas, sobre todo cuando se considera el proceso electoral de 2008 que eligió los miembros de la Asamblea Nacional, pero este análisis se centra en dos elementos específicos: (1) la incorporación de los instrumentos internacionales de derechos humanos en la constitución y (2) el desarrollo del derecho a la salud. En ese sentido, el artículo 26 de la Constitución angoleña trata de la incorporación de los instrumentos internacionales de derechos humanos y refuerza el principio de que:

“las disposiciones constitucionales y las leyes relativas a los derechos fundamentales se entenderán e interpretarán en conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y los tratados internacionales sobre la materia, ratificados por la República de Angola.”<sup>210</sup>

En materia de incorporación de los derechos económicos, sociales y culturales, la Constitución expresa como tarea fundamental del Estado angoleño: "garantizar los derechos, libertades y garantías" (Artículo. 21/b), "poco a poco crear las condiciones necesarias para hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales de los ciudadanos" (Artículo 21/c), y promover la justicia social (Artículo 90), la erradicación de la pobreza, la atención primaria de la

---

<sup>209</sup> Tribunal Constitucional. Acordão 111/2010. 30 de enero de 2010.

<sup>210</sup> Como se ha mencionado anteriormente en el Capítulo II, Angola ha ratificado algunos de los principales tratados internacionales de derechos humanos y del derecho humanitario a partir de los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y su primer Protocolo adicional y la Convención sobre el Estatuto de los refugiados. Entre los tratados internacionales ratificados están: (1) La Carta de las Naciones Unidas, 1945; (2) La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948; (3) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966; (4) El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966; (5) Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW 1979, y su Protocolo Facultativo. (6) La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, (14 de febrero, 1990).

salud y la educación por lo universal y gratuita (Artículo 21/f/g), y (Artículos 77, 79) el derecho a la vivienda y la calidad de vida (Artículo 85), incluyendo el derecho a vivir en un ambiente sano y sin contaminación (Artículo 39) y el derecho al trabajo (Artículo 76).

Se observa que hay una incorporación de los instrumentos de derechos humanos en las constituciones de países en transición post-conflicto. Además, esas constituciones también ofrecen no solo una mención específica al derecho a la salud sino que, a veces, desarrollan la idea del derecho a la salud de manera amplia. Por ejemplo, la Constitución Interina de la República de Sudán, de 2005, en su capítulo 1 establece que la República de Sudán se dedica al respeto y la promoción de la dignidad humana; y se basa en la justicia, la igualdad y el avance de los derechos humanos y libertades fundamentales y garantiza el multi-partidarismo (Artículo 1/2). En el capítulo 2, según el Artículo 10, el Estado de la República de Sudán se compromete a “promover la salud pública y garantizar el acceso y cuidados de salud básica a todos los ciudadanos.” El Estado garantiza la protección de la maternidad y de las mujeres contra las injusticias, promoviendo la igualdad de género y el rol de la mujer en la familia, al mismo tiempo que fortalece su rol en la vida pública (Artículo 15/2). Además, el Estado se propone suministrar cuidados de maternidad y salud para niños y mujeres embarazadas (Artículo 32/4) y a las personas con necesidades especiales y con más edad (Artículo 45/1 y/2).

El Artículo 46 de la Constitución de Sudán determina que el Estado es responsable de la promoción de la salud pública a través de la creación, rehabilitación y desarrollo de instituciones médicas y de diagnóstico médico, ofreciendo servicios de salud básica y urgencias gratuitamente para todos los ciudadanos.<sup>211</sup>

Un ejemplo emblemático de país en situación de post-conflicto, la Constitución de la República de Ruanda, de 2003, es más modesta en sus determinaciones sobre el derecho a la

---

<sup>211</sup> Republica de Sudan. The Interim National Constitución. 2005.



salud. Sin embargo, el gobierno ha adoptado medidas innovadoras para garantizar el acceso a la salud para la mayoría de la población.

Antes del genocidio de 1994 en Ruanda, los servicios de salud, en principio, eran gratis para todos. Después del genocidio, los servicios de salud públicos eran débiles, sobre todo porque gran parte de la infraestructura de salud fue destruida.<sup>212</sup> En 1985, con base en los principios de la Declaración de Alma Ata (Kazajistán, 1978), sobre atención primaria de salud, el Gobierno de Ruanda adoptó una estrategia de desarrollo de la salud fundamentada en la gestión descentralizada y la prestación de cuidados a nivel de distrito.<sup>213</sup>

En 1996, el Ministerio de Sanidad puso en marcha una iniciativa de reforma del sector de la salud, que buscaba mejorar la salud de la población mediante la construcción de un sistema nacional de salud proporcionando servicios de calidad accesibles a la mayoría de la población. La administración del sector de la salud se compone de tres niveles. El nivel administrativo más alto es el responsable del desarrollo de la política de salud y sanitaria. El segundo nivel es la administración de los distritos.

En el país hay 30 distritos administrativos. Cada distrito tiene al menos un hospital y varios centros de salud primarios. El tercer nivel se compone de las instalaciones de atención primaria de salud, que incluyen centros de salud, puestos de salud y dispensarios. Además de las instalaciones de salud pública administradas por el gobierno hay otras que son administradas por diversas organizaciones religiosas y sin fines de lucro.

---

<sup>212</sup> Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de la Salud, Macro International Inc. *Rwanda Service Provision Assessment Survey 2001*. Kigali, Ruanda, 2003.

<sup>213</sup> Idem.

En 2003, Ruanda adoptó su actual constitución. La Constitución reafirma la adhesión a los principios de derechos humanos consagrados en la Carta de las Naciones Unidas, la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y la Convención sobre los Derechos del Niño.<sup>214</sup>

El Estado de Ruanda reconoce su obligación de implementar y movilizar entre la población actividades que promuevan la salud (Artículo 41). Todos los ciudadanos ruandeses tienen el derecho a un ambiente saludable (Artículo 49).

La Constitución de Ruanda también requiere que las mujeres ocupen al menos el 30% de los escaños tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado.<sup>215</sup> Ruanda tiene de los mayores porcentajes de mujeres en el parlamento nacional.<sup>216</sup> Después de las elecciones legislativas de 2008, las mujeres ocupan 45 de los 80 escaños (56%) en la Cámara de Diputados. Este alto porcentaje puede también influir en las políticas que propone el gobierno en relación con los niños, las familias y la salud.

---

<sup>214</sup> República de Ruanda. Constitución Nacional. 2003.

<sup>215</sup> Departamento de Estado. Bureau of African Affairs. *Background Note: Rwanda*. Washington, DC, Estados Unidos, 2009.

<sup>216</sup> BBC News. "Women to rule Rwanda parliament." Londres, UK, 2008. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7620816.stm>

## Capítulo IV - Instituciones extranacionales

***“Es indispensable que los Estados y las organizaciones internacionales, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, creen condiciones favorables, en los planos nacional, regional e internacional, para el disfrute pleno y efectivo de los derechos humanos. Los Estados deben eliminar todas las violaciones de los derechos humanos y sus causas, así como los obstáculos que se opongan a la realización de esos derechos.”***

– Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993

El Pacto Internacional de Derechos Económicos y Culturales (PIDESC) hace consideraciones sobre la salvaguarda de los más vulnerables. Por esa consideración se plantea que incluso en instantes de graves restricciones de recursos, sean estos causados por recesión económica, ajustes u otros factores, los miembros vulnerables de la sociedad deben ser protegidos por programas de relativo bajo coste. Para que eso se concrete es importante considerar principios de cooperación internacional. Esos principios, se supone, son parte del objetivo de las principales instituciones de las Naciones Unidas así como de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Derechos Humanos y la Organización Internacional del Trabajo.

El principio de cooperación internacional también debería guiar los programas de otras organizaciones extranacionales como las responsables de promover y garantizar la estabilidad económica y financiera de los países como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Sin embargo, esas instituciones extranacionales no están libres de ideologías y objetivos conflictivos.

Este capítulo presenta cómo el derecho a la salud se presenta en las actividades de las principales instituciones extranacionales analizando, siempre que posible, el efecto que han generado y las principales críticas y consecuencias que sus acciones han producido sobre el derecho a la salud.

#### **4.1. Instituciones de las Naciones Unidas**

Independientemente de si un país ha ratificado los principales convenios internacionales o no, también hay tres instituciones internacionales de las Naciones Unidas que apoyan el derecho a la salud: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la antigua Comisión de Derechos Humanos, ahora Consejo de Derechos Humanos, y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Estas instituciones son fundamentales a la hora de trabajar y apoyar a los países ya que se aseguran de que no fallan en sus compromisos de derechos humanos y les exigen responsabilidad por las decisiones que toman, incluso en tiempos de crisis económica.

##### **4.1.1. La Organización Mundial de la Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la autoridad rectora y coordinadora para la salud dentro del sistema de las Naciones Unidas desde su constitución en 1946. Las determinaciones y definiciones de la OMS son de gran importancia porque la OMS es responsable de (1) proporcionar liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, (2) configurar la agenda de investigación sobre la salud, (3) establecer normas, (4) articular opciones de política basadas en la evidencia, (5) prestar apoyo técnico a los países y (6) vigilar las tendencias sanitarias.<sup>217</sup>

La OMS ha articulado en sus principios que la salud es uno de los derechos fundamentales y que no se define solamente por la ausencia de afecciones o enfermedades. La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y que depende de la cooperación de las personas y de los Estados.<sup>218</sup>

---

<sup>217</sup> OMS. Constitution of the World Health Organization. Capítulo II - Funciones, Artículo 2, julio 1946.

<sup>218</sup> OMS. Constitution of the World Health Organization. 1946.

Para enfatizar la cooperación, la constitución de la OMS afirma que el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común a la humanidad y que es esencial que se extiendan a todos los pueblos los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines para alcanzar el más alto grado de salud.<sup>219</sup>

Además, los principios de la OMS reafirman la importancia de los determinantes sociales de la salud, principalmente la educación, estableciendo que: “una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para la mejora de la salud del pueblo;” y que condiciones sanitarias y sociales adecuadas se hacen fundamentales, por lo tanto, “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.”<sup>220</sup>

De interés específico para las sociedades en transición post-conflicto, la OMS declara que la salud es fundamental para lograr la paz y la seguridad. La OMS afirma que:

“La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.”<sup>221</sup>

La OMS tiene amplias facultades para establecer normas relacionadas con la salud, tales como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de 1981, y aprobar tratados y convenciones legalmente vinculantes, como la Convención Marco para el Control del Tabaco de 2003. En Angola, la representación de la OMS colabora con el gobierno y otras organizaciones responsables del apoyo técnico y logístico a servicios de salud en el país.<sup>222</sup> La presencia de una

---

<sup>219</sup> OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Celebrada en Nueva York en junio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

<sup>220</sup> OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Principios.

<sup>221</sup> Idem.

<sup>222</sup> Representación de la OMS en Angola. Información disponible en:  
<http://www.afro.who.int/pt/angola/representacao-da-oms-angola.html>

representación de la OMS en Angola fue fundamental en 2005 para evitar que el brote de fiebre hemorrágica provocada por el virus Marburgo se convirtiera en una epidemia.<sup>223</sup>

#### **4.1.2. El Consejo de Derechos Humanos**

En 2002, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ahora Consejo de Derechos Humanos) creó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. De 2002 hasta 2010, el Relator Especial, Paul Hunt y, desde 2010, el Relator Especial Anand Grover han enviado al Comité informes anuales e informes sobre países, específicamente tratando el derecho a la salud e informes sobre las resoluciones de la Asamblea sobre el VIH/SIDA.<sup>224</sup>

Además de los informes del relator especial sobre la salud, el Consejo de Derechos Humanos ha promovido numerosas conferencias y declaraciones reafirmando los compromisos con la realización del derecho a la salud, destacando en particular los Objetivos del Milenio (ODM).

Los Objetivos del Milenio fueron adoptados por todos los miembros de las Naciones Unidas en 2000, y establecen ocho objetivos que van desde reducir a la mitad la pobreza extrema hasta detener la propagación del VIH/SIDA para ser llevados a cabo por todas las naciones hasta el año de 2015.

De los ocho Objetivos del Milenio, tres están directamente relacionados con el tema de la salud: (4) reducir la mortalidad infantil, (5) mejorar la salud materna, y (6) combatir el

---

<sup>223</sup> “La OMS afronta en Angola oposición para aislar a los infectados por el virus Marburgo.” *Centro de Noticias ONU*. 15 de abril de 2005. Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=4403#.UtlwfVYXBY>

<sup>224</sup> ONU. Office of the High Commissioner for Human Rights. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>

VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades).<sup>225</sup> Además, de estar de acuerdo con una de las hipótesis de este análisis, la comunidad internacional, a través de la declaración de los Objetivos del Milenio, entiende que varias medidas de salud son fundamentales para reducir la pobreza – cuestión que se tratará en continuación sobre la relación entre salud, pobreza y desarrollo, en el capítulo IX.

De hecho, son varias las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que tratan sobre el derecho a la salud<sup>226</sup> y las conferencias que han contribuido al avance de la agenda de salud global, especialmente el documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Río de Janeiro, Brasil, del 20 al 22 de junio de 2012, titulada "El futuro que queremos". El documento final de la Conferencia dedica un capítulo a la salud y la población y reconoce la salud como “condición previa, un resultado, y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible.”<sup>227</sup>

Además, los jefes de Estado y representantes de gobierno presentes en la Conferencia Rio+20 declaran que “las medidas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, tanto para los pobres y vulnerables como para toda la población, son importantes para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas.”<sup>228</sup>

También son relevantes para el tema de sistemas de salud en contextos post-conflicto otras Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. En particular, la Resolución 58.33 sobre

---

<sup>225</sup> PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en:

<http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview.html>

<sup>226</sup> Entre las principales están la Resolución 63/33, de 26 de noviembre de 2008; la Resolución 64/108 de 10 de diciembre 2009; la Resolución 65/95, de 9 de diciembre de 2010 y la Resolución 66/115 de 12 de diciembre de 2011.

<sup>227</sup> ONU. Documento final de la Conferencia Rio+20 sobre el Desarrollo Sostenible. *El futuro que queremos*. 19 de junio de 2012. (Artículo 168).

<sup>228</sup> Idem.

la financiación sostenible de la salud, cobertura social y el seguro universal de salud que insta a los Estados Miembro a que:

“introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y salud para todos”.<sup>229</sup>

Las resoluciones más recientes indican una tendencia importante acerca de la financiación de la salud y hacia la cobertura universal. La Resolución 64.9 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre las estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal recomienda que los Estados Miembros inviertan en sistemas de prestación de servicios, en particular servicios primarios de salud.<sup>230</sup> Esa iniciativa que considera los datos y análisis del Informe de Salud Mundial 2010, titulado "Los sistemas de financiación de la salud: el camino hacia la cobertura universal", tiene el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con la iniciativa del Piso de Protección Social y los resultados de reuniones regionales que reafirman la importancia de la cobertura universal de salud, incluyendo la Declaración Política de la Ciudad de México sobre la cobertura universal de salud, adoptada el 2 de abril de 2012, la Declaración de Bangkok sobre la cobertura universal de salud, aprobada en la Conferencia Príncipe Mahidol el 28 de enero de 2012, y la Declaración sobre la relación calidad-precio, sostenibilidad y rendición de cuentas en el sector de salud, aprobada el 5 de julio de 2012 en Túnez.

Es importante señalar que, el derecho a la salud también incluye un componente de *entitlement*, la noción de derecho intrínseco a la condición humana y la vida en sociedad independiente de los recursos financieros de un gobierno. Este punto, bastante discutido entre

---

<sup>229</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 58.33, Documento A58/20. 25 de mayo de 2005. Artículo 4.

<sup>230</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 64.9, Documento WHA64/9. 24 de mayo de 2011. Artículo 3.



Estados y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), refleja la idea de que todos los ciudadanos están presentes en el discurso oficial pero no en la práctica de acceso a los servicios de salud básicos en general o sobre un aspecto específico como el derecho a tratamiento médico de emergencia. Esta cuestión de acceso médico de emergencia no está resuelta sobre todo en relación con poblaciones de inmigrantes indocumentados, que a su vez, desde el punto de vista de los derechos humanos y la salud pública son poblaciones particularmente vulnerables.

Las recomendaciones del Comité suponen un cambio de las leyes nacionales para que se pueda introducir un tratamiento de emergencia garantizado para todos sin distinción. Esos componentes resumen las obligaciones legales de los Estados Parte de forma que respeten y no interfieran directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la obligación de proteger contra discriminación, abusos y tratamientos de salud forzados o no seguros; y la obligación de proveer a sus ciudadanos un sistema y programas de salud adecuada, incluso la salud reproductiva.<sup>231</sup>

#### **4.1.3. La Organización Internacional del Trabajo**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), fundada en 1919 y convertida en la primera agencia de las Naciones Unidas en 1946, es una estructura tripartita, en la cual trabajadores, empleadores y gobiernos tienen el mismo derecho a voto durante las deliberaciones sobre las normas, políticas y programas que quieren promover los derechos laborales, trabajo decente, protección social y otros temas relacionados con el trabajo.<sup>232</sup>

---

<sup>231</sup> Comentario General de la Asamblea General de la ONU N°. 14. (36) (44).

<sup>232</sup> OIT. Acerca de la OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

Algunas de las resoluciones y convenciones de la OIT tratan sobre asuntos relacionados con el derecho a la salud o los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, la Convención N°. 182 de la OIT contra las peores formas de trabajo infantil, declara en el Artículo 3(d) que la salud infantil es un criterio esencial para la determinación de las peores formas de trabajo infantil.

Las Convenciones y varios programas de la OIT que establecen estándares mínimos de condiciones de trabajo y condiciones de salud son particularmente importantes porque son documentos legales que responsabilizan todos los países Estados Parte de la OIT. Sin embargo, la actuación de la OIT no está libre de críticas. De hecho, las prácticas de la OIT están de acuerdo con su contexto histórico de oposición al avance del sistema socialista. Además, los Estados que busquen condiciones mejores de trabajo para sus ciudadanos, en un modelo de competición capitalista, solo son capaces de lograr cambios si los otros países también son compelidos a las mismas medidas. Así, las decisiones de la OIT sirven para salvaguardar las condiciones de competitividad y regular los flujos de mercaderías y la actividad productora de los países en un sistema capitalista.

#### **4.1.4. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial**

El Artículo 2 del PIDESC enfatiza que las medidas de respeto a los derechos económicos, sociales y culturales deben ser de los Estados individuales y con asistencia y cooperación internacional sobre todo en el campo de la economía y tecnología.

“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas (...)”<sup>233</sup>

---

<sup>233</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). 1976.

La cooperación internacional también está prevista en los artículos 11, 15, 22 y 23 del PIDESC con mención al Derecho al Desarrollo y la búsqueda de participación continuada del conjunto de la sociedad en la riqueza producida.<sup>234</sup> De acuerdo con esas obligaciones internacionales, órganos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial deberían dar prioridad a la protección del derecho a la alimentación cuando elaboran sus políticas, acuerdos y medidas internacionales, sobre todo las que afecten a los países con menos recursos, “subdesarrollados” o en vías de desarrollo, que aborden fenómenos de crisis económica o de endeudamiento.

“Las instituciones financieras internacionales, especialmente el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, deben prestar una mayor atención a la protección del derecho a la alimentación en sus políticas de concesión de préstamos y acuerdos crediticios y a las medidas internacionales para resolver la crisis de la deuda.”<sup>235</sup>

Según el comentario N°. 7 del PIDESC sobre el derecho a una vivienda adecuada (Artículo 11.1), instituciones como el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (*Organization for Economic Cooperation and Development*, OECD) deberían adoptar líneas generales sobre la revocación o el asentamiento para reducir el sufrimiento humano que resulta de desplazamientos forzados.<sup>236</sup> Dicho de otro modo, por principio, el Banco Mundial, los bancos de desarrollo regionales, el Fondo Monetario Internacional, la OMC y otros órganos de las Naciones Unidas deberían incurrir en cooperación para garantizar el respeto a los derechos económicos, sociales y culturales siempre que elaboren políticas de crédito, préstamo, acuerdos financieros y ajustes estructurales incluso programando una respuesta a las problemáticas socio-económicas de cada época.

---

<sup>234</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). 1976.

<sup>235</sup> UN, Observación General 12; “El derecho a una alimentación adecuada” (Artículo. 11); 12/05/99. E/C.12/1999/5, CESCR

<sup>236</sup> UN, “The right to adequate housing: forced eviction”; General Comment 7; CESCR; 20.05.97

Creados simultáneamente en la Conferencia de Bretton Woods de 1944, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tenían dos objetivos principales. El primer objetivo era mantener el sistema de cambio fijo en relación al dólar estadounidense y, en segundo, promover la estabilidad macroeconómica de los países mediante el préstamo a corto plazo.<sup>237</sup>

Después de la crisis del petróleo y la devaluación del dólar estadounidense en los años 70, el problema de la deuda externa pasó a ser la preocupación central de los países de periferia. Es importante observar que en esa época tiene inicio la “Tercera Ola Democratizadora” como define Samuel Huntington, y muchos de los países en transición política heredan de sus gobiernos autoritarios anteriores deudas internacionales de las que Washington les exigía el pago.

La deuda internacional enfranquecía las economías y generaba un ciclo de hiperinflación. En esa situación, los países de periferia solo podían recurrir al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial. Pero desde la década de los 80, y sobre todo en el periodo Reagan-Thatcher, involucrar a las instituciones financieras internacionales como el FMI no significaba un avance en las cuestiones de derechos económicos, sociales y culturales. Todo lo contrario. En esa época, el FMI se estaba principalmente compuesto por tecnócratas de la Escuela de Chicago (los *Chicago Boys*) bajo la coordinación de Michel Camdessus y entusiastas del sistema neoliberal. Siempre involucrado en resolver una crisis económica, el FMI, a través de esos economistas, impuso el recetario neoliberal de privatización, apertura de los mercados, desreglamentación del gobierno, además de amplios cortes de programas sociales y gastos del gobierno.

---

<sup>237</sup> “The IMF and the World Bank-The Facts.” *New Internationalist*, N°. 365, marzo, 2004.

La actuación del FMI de esa época es ideológica y sufrió acusaciones serias de que sus medidas incluían la manipulación de estadísticas para exagerar los valores de los gastos públicos o aumentar el riesgo financiero de un país y lograr con eso la aceleración de sus imposiciones.<sup>238</sup>

El Banco Mundial no está exento de acusaciones similares. La mayor parte de las privatizaciones realizadas en las décadas de los 80 y 90 en América Latina fue financiada por el Banco Mundial. Muchas de esas privatizaciones resultaron en la venta de compañías nacionales a precios muy bajos y favoreciendo negocios extranjeros que no revirtieron sus logros en las comunidades donde empezaron a trabajar.<sup>239</sup>

El Banco Mundial colaboró con el FMI en imponer políticas de ajuste estructural a los países endeudados. Las políticas estructurales de ajuste que frecuentemente llevaban a los países a reducir sus subsidios sociales y servicios públicos impactan principalmente en las personas más vulnerables y han producido una crisis social por concentración de riqueza y desigualdad. Esas políticas han impactado y comprometido el bienestar y la salud de millones de personas. Por ejemplo, en Tanzania, el FMI obligó al gobierno a cobrar por consultas en hospitales y por aceptar niños en las escuelas. Las consecuencias presentadas por el periódico *The Guardian* fueron que “las consultas en los hospitales cayeron en un 53% y la tasa de analfabetismo creció de forma dramática.”<sup>240</sup>

---

<sup>238</sup> Klein, N. *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, Henry Holt & Cia, NY, julio 2008; P. 230 - 350.

<sup>239</sup> Klein, N. *Op. cit.*; P. 523.

<sup>240</sup> “The IMF.” *The Guardian*. 7 de septiembre de 2001. Disponible en:  
<http://www.guardian.co.uk/globalisation/story/0,7369,548410,00.html>

### Parte III – Los retornos financieros y el impacto en la salud

#### Capítulo V - El argumento económico para inversiones en un sistema de salud pública

***“Harm occurs not only as a result of doing, but also of not doing. A focus on the former may unduly draw attention away from the latter. Such lack of attention can be serious, as harms caused by omission can be large.”***

- Anand, Desmond, Marques y Fuje en *The Cost of Inaction*

Las políticas públicas entendidas como “todo lo que las autoridades públicas deciden hacer o no hacer”<sup>241</sup> y los proyectos de inversiones frecuentemente son evaluados por un análisis de coste-beneficio. Ese análisis estima los beneficios de una acción frente a su coste de implementación. No obstante, ese tipo de análisis no es completo. No es completo porque considera solamente los retornos financieros del proyecto dejando de lado otras variables de distinta naturaleza no-monetarias, cualitativas o no-cuantificables.

Además, el análisis estrictamente de coste-beneficio no considera los beneficios “sacrificados”, o las “externalidades”, que devienen de la no implementación de la intervención. Para resolver esa situación los profesores Amartya Sen y Sudhir Anand han desarrollado el concepto y metodología del coste de la inacción.<sup>242</sup>

Un análisis sobre el coste de la inacción de una política o intervención pública es diferente del análisis económico tradicional porque se trata de informar sobre el proceso del establecimiento de prioridades en la política pública de toma de decisiones mediante la identificación de las lagunas en la respuesta actual. Ese tipo de análisis tiene en cuenta una serie de resultados, manteniendo una visión amplia de lo que es relevante. Tampoco se limita a

---

<sup>241</sup> RR.HH. Blog. *¿Qué son las políticas públicas y por qué son importantes?* Kottow, M., “[Bio]ética y políticas pública sanitarias.” *Nuevos Folios de Bioética*. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, Chile. 3 de diciembre 2010.

<sup>242</sup> Anand, S., Desmond, C., Marques, N., Fuje, H., *The Cost of Inaction: Case studies from Rwanda and Angola*. FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University, Boston, 2012.

centrarse en el corto plazo o en un solo resultado sino que trata de cambiar la perspectiva a largo plazo y considerar una serie de resultados importantes en diferentes áreas.

El análisis del coste de inacción también presenta la ventaja de considerar variables de distintas naturalezas y beneficios, o externalidades, denominados constitutivos (que se originan directamente de los objetivos de la intervención) y ‘consecuenciales’ (que se originan indirectamente como consecuencia de los beneficios constitutivos). Realizar un análisis de este tipo requiere una cuidadosa consideración del contexto, dando la debida importancia a las limitaciones e incertidumbres particulares de cada situación y de cada país. Eso porque el coste de inacción no consiste en calcular el coste de no hacer nada sino el coste de no llevar a cabo una acción específica. En la base de este análisis está la determinación de la acción que se desea implementar. Los criterios para la elección de la acción deben tener en cuenta: (1) su aplicabilidad a un determinado contexto, (2) su aceptación, es decir, el deseo de una comunidad y un gobierno de implementar una determinada acción, y (3) la viabilidad de la acción en determinado contexto.

Para llevar a cabo un análisis de los costes de la inacción en contextos post-conflicto, hay que identificar las lagunas y las acciones para llenar los vacíos identificados por la población y los gobiernos de esas sociedades. Con ese propósito, la autora de esta tesis fue responsable de conducir entrevistas con representantes del gobierno angoleño, representantes del sistema de salud y de la sociedad civil, incluyendo organizaciones no-gubernamentales (ONG) de derechos humanos, profesionales de salud y la población en general. El resultado de esa amplia encuesta fue publicado en un libro, en 2012, con el título “*The Cost of Inaction: Case Studies from Rwanda and Angola*”, e incluye la constatación de que (1) el sistema de salud privado en Angola

actualmente no garante el respeto al derecho a la salud y (2) la sociedad angoleña de manera general desea un sistema de salud pública.<sup>243</sup>

El análisis del coste de inacción específico para un sistema de salud pública en Angola es importante porque a través de su metodología se pueden demostrar, por ejemplo, los aspectos que justifican las inversiones en un sistema de salud pública en las sociedades post-conflicto con base en los retornos financieros y humanos.

Los resultados encontrados en el análisis de 2012 constituyen una base inicial de lo que esta tesis desarrolla. Aquí se presenta una comparación de los resultados obtenidos por valoraciones de 2012 con valoraciones que consideran los mismos supuestos pero aplicados desde el momento del comienzo de la transición post-conflicto, en 2002. Se argumenta y se propone la idea de que en el momento inmediatamente después de la transición hay condiciones especiales en que las inversiones en salud pública rinden beneficios extraordinarios.

### **5.1. El diseño y los costes de un sistema de salud pública para Angola**

El diseño de un sistema de salud pública para Angola fue determinado desde una revisión de la bibliografía pertinente, una consulta en el país en los años de 2009 y 2011, y la consideración cuidadosa de la situación del país. Como se ha identificado en el análisis del coste de inacción, se determina que el sistema de salud pública más identificado para el contexto angoleño utiliza tres niveles de profesionales de salud: agentes comunitarios de la salud (ACS), enfermeros comunitarios (EC) y supervisores de enfermeros.

Se han implementado sistemas de salud que utilizan agentes comunitarios de salud en contextos similares con éxito significativo en varias partes del mundo.<sup>244</sup> La utilización de

---

<sup>243</sup> Anand, S., Desmond, C., Marques, N., Fuje, H., *Op. cit.*

<sup>244</sup> Lehmann, U., Sanders, D., *Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers, WHO, Ginebra, Suiza, 2007.*



agentes comunitarios de salud responde a la necesidad de una cobertura de gran escala sin poner grandes exigencias a la escasa disponibilidad de médicos en Angola. Eso es importante porque la densidad de médicos por persona en Angola es muy baja. En 2007, Angola tenía solo 1.165 médicos correspondiendo a una densidad de un médico por cada 10.000 personas.<sup>245</sup>

Los agentes comunitarios de salud son el sistema nervioso central del sistema de salud pública propuesto para Angola y a través de visitas a los hogares y las clínicas satélites con base en la comunidad, se centrarán en la ampliación del acceso a la atención primaria, la mejora de la prevención y tratamiento de la malaria, la prevención del VIH y la ayuda a los pacientes a adherirse a los antirretrovirales.

Es decir, el sistema de salud pública a través de agentes comunitarios de salud tiene dos objetivos principales. El primer objetivo busca ampliar el acceso a la atención sanitaria básica y esencial para todas las familias, con especial atención a las madres, mujeres embarazadas, los niños y las poblaciones de bajos ingresos. En segundo lugar, el sistema de salud tiene por objeto mejorar la prevención y tratamiento de la malaria, la diarrea y el VIH, especialmente en las zonas rurales y remotas.

Esta intervención requiere que los servicios de salud ofrecidos sean de calidad, por eso, los agentes comunitarios de salud, las enfermeras comunitarias y los supervisores de enfermería deben ser entrenados, desplegados para prestar servicios específicos en las zonas rurales y urbanas en todas las provincias y deben ser supervisados periódicamente para garantizar que desarrollan una asistencia de calidad. Esa supervisión es posible en el contexto angoleño porque, opuesto a la densidad de médicos, Angola no tiene escasez de enfermeros. De hecho, la densidad

---

<sup>245</sup> OMS, *Angola, WHO Statistical Information System: WHO*, 2008.

de enfermeros en el país (14 por 10.000) es superior a la media de los países del África Sub-Sahariana.<sup>246</sup>

Para estimar los costes y beneficios de un sistema de salud, se hace necesario que el diseño del sistema de salud pública especifique en su totalidad elementos como la cobertura del sistema, el tipo de formación de los profesionales, los gastos para el despliegue de agentes comunitarios de salud y de enfermeros de la comunidad, y los servicios y medicamentos que los profesionales de salud utilizan. En ese sentido, se asumen los mismos presuntos originales de los análisis del coste de inacción descritos seguida continuación.

Primeramente se establece el nivel de cobertura deseado por el sistema de salud pública. Las valoraciones aquí presentadas se han calculado para la obtención de una cobertura total del 60% de la población dentro de diez años. La cobertura del 60% representa la población angoleña que actualmente no tiene ningún acceso o tienen un acceso a servicios de salud muy limitado.<sup>247</sup>

En el primer año, considerando los recursos profesionales disponibles, se estima que solamente el 6% de la población estaría cubierta por el nuevo sistema de salud. Un escalonamiento de 60% en diez años es muy ambicioso y exige un gran esfuerzo e inversiones en la formación y despliegue de los profesionales comunitarios de salud. Dada la limitada oferta de trabajadores sanitarios en Angola, en 2002, no se puede suponer que el personal de esos números estaría disponible para trabajar en la intervención sin un primer entrenamiento. Por eso, es importante incluir los costes de capacitación de dicho personal para la intervención. Para hacer frente a la escasez de personal debidamente cualificado, tendría que hacerse una gran inversión en la formación en los primeros años del nuevo sistema de salud. Sin embargo, los costes de formación, como porcentaje de los costes totales disminuirían significativamente a medida que la

---

<sup>246</sup> Connor, C., *et al.*, *Op. cit.*

<sup>247</sup> OMS. *Health Action in Crisis: Angola*. Luanda, Angola: OMS, 2005.

escasez de personal se aliviara y los salarios de la mano de obra pasarán a dominar los costes totales.

El diseño del sistema de salud pública para Angola estableció que la proporción de ACS por paciente necesaria para la prestación de servicios eficaces puede variar de un sitio a otro en función de la densidad de población, de las demandas logísticas, de la topografía de una zona determinada y del tipo de pacientes que están siendo asistidos. Por eso, esta intervención fue diseñada considerando que cada agente comunitario de salud cubriría un promedio de 50 familias de las zonas rurales y 80 en las zonas urbanas. Cada EC supervisaría a 16 ACS, y cada enfermero supervisor sería responsable de 40 ECs. También se consideró que la población angoleña se distribuye en 55% en la región urbana y 45% en las zonas rurales.<sup>248</sup>

Los ACS y los ECs son pagados, entrenados y supervisados para proporcionar servicios como el de remitir gente para el tratamiento y la distribución de medicamentos y suministros básicos. Varios estudios demuestran que la eficacia de profesionales de la salud pagados es superior a de profesionales voluntarios.<sup>249</sup> Los pagos e incentivos deben establecerse de acuerdo con el pago de otros servidores públicos con niveles y cargas de trabajo similares. En la medida de lo posible, se utilizaron datos de costes de Angola de 2011 y 2012 para asegurar que el coste refleja los precios locales. Basándonos en los datos de Angola se estimó que a los ACS se les pagaría entre 200 y 300 dólares americanos al mes. Los EC recibirían cerca de 300 dólares al mes y los enfermeros supervisores 500 dólares al mes.

El nivel educativo de los agentes comunitarios de salud es muy importante. Como requisito de la intervención, los ACS deben haber completado al menos la educación escolar

---

<sup>248</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.

<sup>249</sup> Lehmann, U., Sanders, D., *Op. cit.*

primaria. Los ECs deben haber completado la educación secundaria, y los supervisores de enfermería deben haber completado 4 años de la escuela de enfermería.

Para el proceso de selección de los ACS, se determinó que los ACS deben ser mayores de edad (mayor de 18 años de edad) y, preferiblemente, saber leer y escribir. Los ACS deben vivir en la comunidad atendida o cerca de allí. Si es posible, los ACS y los pacientes deben tener antecedentes similares con el fin de facilitar la comunicación acerca de la salud y otras preocupaciones. El régimen de trabajo de los ACS debe ser flexible y adaptable a la vida familiar a fin de permitir la participación de las mujeres.

Antes de que los ACS comiencen a visitar a los pacientes, ellos tendrán que ser formados y recibir orientación por parte del personal clínico. La formación básica estará a cargo de la Dirección Nacional de Salud Pública (DNSP) en Angola. La capacitación se llevará a cabo durante seis meses consecutivos. El número de participantes por clase puede variar según las necesidades; 25 participantes o menos sería lo ideal. Todos los participantes dispondrán de comidas y un estipendio. Los capacitadores y facilitadores son parte del personal activo en los centros de salud de las zonas que serán atendidas y deben tener experiencia en la formación o la educación de estudiantes adultos semi-analfabetos. La DNSP se encarga de garantizar que los capacitadores y facilitadores están bien informados y sean competentes en los métodos de aprendizaje participativo y basado en la formación adecuada para los futuros agentes comunitarios de salud.

Se ha estimado que los entrenamientos para agentes comunitarios de salud tengan una duración de 5 días por semana durante cerca de 6 meses a un coste de 200 dólares al mes. El coste de la formación para los enfermeros es de 750 dólares por 36 meses y de 750 dólares para los enfermeros supervisores.

Después de la primera capacitación, se hace necesaria una educación continuada. Tras el programa de formación inicial, los ACS participarán en sesiones educativas mensuales. Esas sesiones periódicas podrían incluir formación adicional en áreas tales como nutrición, malaria, VIH/SIDA pediátrico, enfermedades diarreicas, planificación familiar, gusanos y parásitos, enfermedades crónicas, primeros auxilios, el papel de los curanderos tradicionales y la higiene oral.

Los ACS con educación secundaria y que hayan completado al menos dos años de práctica serán elegibles para el ascenso al cargo de EC y recibir formación para facilitar esa transición. Los ECs con títulos de enfermería y al menos dos años de práctica serán elegibles para el ascenso a supervisor de enfermeros. La estructura de carrera es importante para determinar las retribuciones y retenciones de profesionales.

Se determinó que los agentes comunitarios de salud proporcionarían servicios como remitir pacientes para el tratamiento y la distribución de medicamentos básicos específicamente de cuatro tipos (sales de rehidratación oral, mosquiteras tratadas con insecticida, medicamentos para malaria y preservativos).

La cantidad de los medicamentos distribuidos depende del número de hogares o unidades familiares. Las unidades familiares se componen de 5.1 personas por familia en las zonas urbanas y 4.3 personas en las zonas rurales.<sup>250</sup>

Se estima que en Angola se dan 10 millones de casos de diarrea entre niños con menos de cinco años por año y que el 30% de la población busca asistencia médica. Así, se estima la distribución de dos dosis de sales de rehidratación por familia al año.

---

<sup>250</sup> Instituto Nacional de Estatística and UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey: Assessing the Situation of Angolan Children and Women at the Beginning of the Millennium*. Luanda, Angola: INE and UNICEF, 2003.

Angola tiene 6 millones de casos de malaria al año, o cerca de 1.8 casos de malaria por familia. Aunque se presupone que no todos buscan asistencia médica, los agentes comunitarios de salud distribuirán medicamentos anti-malaria a cada familia una vez al año.

Las mosquiteras tratadas con insecticida contra la malaria son eficaces para una familia de 4 miembros y tienen una duración de 4 a 5 años. Por eso, se supone que los agentes comunitarios de salud distribuirán una mosquitera una vez cada 5 años para cada familia.

Se asume que cerca del 10% de las familias solicitan preservativos para el control familiar; por tanto, se estima que serán distribuidos 120 preservativos al año para las familias que los soliciten. Además, se ofrecerán implantes anticonceptivos a las mujeres interesadas en el control familiar. Los implantes tienen una duración de 5 años y se asume que el 5% de las mujeres buscarán ese tipo de control familiar. Esa determinación se basa en los resultados obtenidos por el programa de planificación familiar en Navrongo en Ghana.<sup>251</sup>

Además de distribuir esos medicamentos, los agentes comunitarios de salud comprobarán si los niños han sido vacunados, y proporcionarán información sobre la prevención y el tratamiento de la diarrea. Los agentes comunitarios de salud acompañarán a los pacientes en sus tratamientos y les ofrecerán información sobre la salud pública básica y apoyo de soluciones seguras de agua. Los ACS también serán formados en la prevención del VIH. Ellos prestarán apoyo psicosocial a los pacientes y abordarán cuestiones como el estigma y la discriminación.

Los enfermeros comunitarios (EC) se colocarán en clínicas satélites en la comunidad y ofrecerán atención primaria básica durante la mitad de su tiempo en las clínicas. El resto de su tiempo, los ECs proporcionarán supervisión, apoyo y educación continua para los ACS. Los

---

<sup>251</sup> Phillips, J., Bawah, A., Binka, F., “Accelerating Reproductive and Child Health Program Development: The Navrongo Initiative in Ghana”, *Population Council, New York, NY*, 2005

ACS actuarán como un enlace entre el paciente y las clínicas satélite y los centros de salud y hospitales.

Los ECs, a su vez, serán supervisados por los supervisores de enfermería. Los supervisores de enfermería deben actuar como un enlace entre las clínicas y los hospitales. Los ACS trabajarán para identificar de forma proactiva a los enfermos. Ellos alertarán a los ECs si el estado mental, social o económico de un paciente es precario y sus observaciones sobre el contexto de la enfermedad. Los costes de funcionamiento de las clínicas fueron estimados en 2.500 dólares, correspondientes al precio de un alquiler de un dormitorio por clínica y la inflación estimada en 2% al año.

Como parte del nuevo sistema de salud, el Ministerio de Salud desarrollará un amplio plan nacional que regule las funciones específicas del personal del sistema comunitario de salud y los pormenores de la delegación de funciones a las enfermeras y los trabajadores comunitarios de salud. Eso es por lo que los ACS tendrían que ser una parte integral del sistema de salud nacional.

Los funcionarios del sistema comunitario de salud necesitan interactuar continuamente con el ministerio a fin de garantizar la adecuada división de responsabilidades y referencia eficaz. Las Direcciones Provinciales de Salud serán responsables de la gestión, supervisión, evaluación y formación y apoyo continuos. Así se considera un “*coste general*” (un adicional a los costes que se refiere a la administración del programa). El coste general fue estimado en un 10% de los costes con salario.

Con base en esos supuestos, se han producido dos cálculos de costes: un cálculo para que el sistema de salud pública empiece inmediatamente con el tratado de paz, en 2002-03 y otro para que el inicio ocurra en 2011-2012. Las necesidades de personal y los gastos necesarios para

alcanzar la cobertura propuesta al 60% de la población en diez años, una expansión muy rápida, destacan la importancia de la aplicación de los recursos, sobre todo en gastos de formación y pagos de personal. Considerando los niveles de la población angoleña, en 2002-3 tendrían que ser empleados cerca de 1.111 ACS. El inicio del mismo sistema de salud propuesto en 2012-13, necesitaría emplear aproximadamente 3.509 ACS y 219 EC. Los requisitos y costes del sistema de salud pública para Angola se resumen en la Tabla 5.1.

**Tabla 5.1. Cálculos de requerimientos y costes de un sistema de salud público para Angola que utilice agentes comunitarios**

	<b>Periodo inmediatamente después de la guerra</b>		<b>Periodo de 10 años después de la guerra<sup>252</sup></b>	
<b>Periodo (Años)</b>	<b>2002/03</b>	<b>2012</b>	<b>2012/13</b>	<b>2021</b>
<b>Cobertura del programa proyectado</b>				
Porcentaje de la población cubierta por el programa	6	60	6	60
Número de personas en el programa (millones)	0.84	11.6	1.02	10.5
<b>Número de funcionarios</b>				
Agentes Comunitarios de Salud	1,111	15,558	3,509	45,392
Enfermeros Comunitarios	69	972	219	2,837
Supervisores de Enfermeros	2	25	5	71
<b>Costes (millones de dólares en 2012)</b>				
Total en salarios	2.9	41	8.4	108.7
Total del coste de entrenamiento	1.6	21.81	10.8	5.8
Total de costes en consumibles	0.05	20.27	0.63	8.1
Costes de la clínica	0.32	4.9	0.32	4.5
<i>Overhead</i>	0.29	4.1	0.9	11.7
<b>Costes Totales (en millones de dólares en 2012)</b>	<b>5.2</b>	<b>92.08</b>	<b>21.1</b>	<b>138.5</b>
<b>Costes por participante (en millones de dólares en 2012)</b>	<b>6.19</b>	<b>7.83</b>	<b>20.68</b>	<b>10.50</b>

<sup>252</sup> Anand, S., Desmond. C., Marques, N., Fuje, H. *Op. cit.*



El primer resultado que se nota es que el coste del mismo sistema de salud propuesto, con los mismos supuestos, tiene un valor de 6.19 dólares por participante si es implementado en el primer momento de transición, justo al término de la guerra y al principio de la paz. Diez años después, durante la transición, el sistema de salud tiene un valor de 20.68 de dólares por participante. Diez años en el programa, en el año 2011-12 (si empezado en 2002), o en 2021-22 (si empieza en 2012), la cobertura sería de aproximadamente el 60% de la población, un objetivo delimitado en la elaboración de la intervención. Asumiendo una inflación constante del 2%, si el programa empezara en 2002-3, el coste total el décimo año (2012) sería de aproximadamente 92.08 millones de dólares, y el coste por beneficiario sería de 7.83 de dólares. Si el programa tiene inicio en 2012-13, en 2021, el 60% de la población estaría cubierto con un coste de 138.5 millones de dólares, y el coste por beneficiario sería de 10.50 dólares.

Los gastos con salarios serían de aproximadamente 2.9 millones de dólares en 2002-03 y de 8.4 millones de dólares en 2012-13, un porcentaje significativo del coste pero, como se explica más adelante en la sección de beneficios, esos salarios son una renta pagada a los profesionales de las comunidades y tienen un efecto multiplicador de la renta.

Se espera que los costes anuales totales aumenten gradualmente a medida que la cobertura del programa también aumenta pero se espera que la proporción de los costes de salarios y otros costes de insumos, o consumibles, siga siendo el mismo. Los resultados del análisis de los costes resaltan que cuanto más rápidamente se implementa una acción de salud pública en un contexto de posguerra, menos recursos financieros se hacen necesarios.

Las razones posibles que explican ese resultado son de naturaleza demográfica y estructural. Primero, hemos observado que los países en situación de post-conflicto presentan

una serie de elementos demográficos que resultan en una elevada tasa de crecimiento de la población, una alta tasa de fecundidad y una rápida urbanización.

En 2002, la población de Angola era de 14 millones y en 2012 la población de Angola se estima en aproximadamente 20 millones.<sup>253</sup> El rápido crecimiento de la población, en el caso de Angola, con una tasa global de fecundidad de más de 6,<sup>254</sup> también se ve reforzado durante la transición post-conflicto por razones del retorno de refugiados y exilados durante la guerra. El crecimiento de población es concomitante a una rápida urbanización. En el diseño de este sistema de salud pública con agentes comunitarios de salud se hace una distinción entre la capacidad de esos agentes de asistir a las unidades familiares, primero, porque en Angola, las unidades familiares urbanas son más grandes (5.1 personas por familia) que las unidades familiares en las zonas rurales (4.3 personas por familia).<sup>255</sup> Segundo, porque la tasa media de crecimiento anual de la población urbana en Angola es de 5,4% al año. Mientras que a mediados de la década de 1990 la mayoría (58%) de la población era rural, en 2010, el grado de urbanización era de aproximadamente 59%.<sup>256</sup> La urbanización en sí misma no es necesariamente un problema social o de salud pública. De hecho, el Banco Mundial asocia la expansión urbanística a la reducción de la pobreza y de la malaria.

Según un informe del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) la tasas de pobreza absoluta son más bajas en los centro urbanos (11.6%) frente a las zonas rurales (29.4%).<sup>257</sup> Sin embargo, el mismo informe indica que los beneficios de la urbanización están relacionados al acceso a agua potable y saneamiento básico. Si el proceso de urbanización no está

---

<sup>253</sup> Trading Economics. Angola Population. 2013.

<sup>254</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro International Inc. *Op. cit.*

<sup>255</sup> Instituto Nacional de Estatística and UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey. Op. cit.*

<sup>256</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.

<sup>257</sup> OMS. “La urbanización ayuda a sacar a la gente de la pobreza y permite avanzar en los ODM, dice informe.” 16 de abril de 2013.

organizado también puede “generar un crecimiento descontrolado de las barriadas, contaminación y delincuencia.”<sup>258</sup>

El proceso de urbanización en Angola presenta los riesgos señalados por la OMS. En las zonas urbanas en Angola, el 59% de los hogares tienen acceso al agua potable de una fuente mejorada.<sup>259</sup> Los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples (Multiple Indicator Survey, MIS) de 2006/07 muestran que el 48% de los hogares tiene acceso a servicios de saneamiento mejorados. El 18% de los hogares utiliza una letrina de pozo con tapa y el 17% usa una instalación que desemboca en un tanque séptico. Poco más de uno de cada cinco angoleños (22% de la población) tiene una instalación de saneamiento no mejorado que implica una fosa abierta o una letrina de pozo sin tapa. Más de un cuarto de los hogares (29%) informan que no tienen ninguna instalación sanitaria.<sup>260</sup>

La OMS reconoce que la urbanización está asociada a una serie de factores de riesgo de enfermedades y desafíos para la salud. Por ejemplo, la incidencia de la tuberculosis es más elevada en centros urbanos independientemente del nivel de desarrollo de la ciudad. En un boletín, la OMS revela que: “en la ciudad de Nueva York, la incidencia de tuberculosis equivale al cuádruple de la media nacional. En la República Democrática del Congo, el 83% de los enfermos de tuberculosis viven en ciudades.”<sup>261</sup>

El tema de la urbanización y la salud es tan importante que, en 2010, la OMS eligió ese tema para el Día Mundial de la Salud. Según la OMS:

“los desafíos para la salud más evidentes en las ciudades están relacionados con el agua, el medio ambiente, la violencia y los traumatismos, las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas),

---

<sup>258</sup> Idem.

<sup>259</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde - Consaude Lda, Macro International Inc. *Op. cit.*

<sup>260</sup> Idem.

<sup>261</sup> OMS. “Urbanización y Salud.” Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos; Volumen 88; abril 2010.

dietas malsanas, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, así como con los riesgos asociados a brotes epidémicos. La vida en las ciudades y las crecientes presiones derivadas de la comercialización masiva, la disponibilidad de productos comestibles malsanos y el acceso a la automatización y al transporte influyen sobre el modo de vida y afectan directamente a la salud.”<sup>262</sup>

Así, en el contexto angoleño, las razones demográficas, de una población urbana creciente, y las razones estructurales que incluyen la pobreza, la desigualdad, las condiciones de saneamiento y de infraestructura exige un número de profesionales de salud comunitarios también creciente. Como los costes principales del sistema de salud pública propuesto son destinados al entrenamiento y salarios de los profesionales de salud, cuanto más grande sea la población urbana, más grande es la demanda de un sistema de salud pública.

Una segunda observación se hace necesaria en un contexto de posguerra y de rápida urbanización. Esa observación es importante porque impacta directamente en las tasas de mortalidad infantil y materna. En Angola también se observa una variación del círculo vicioso de la pobreza. En el círculo tradicional de la pobreza se indica cómo la pobreza predispone a las personas a enfermedades que afectan a su capacidad productiva y en consecuencia a su capacidad de generar renta aumentando su pobreza. En Angola, las condiciones precarias y de pobreza extrema son responsables de una alta tasa de mortalidad infantil. La tasa de mortalidad de menores de cinco años es extremadamente alta en Angola con 158 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2007.<sup>263</sup> A su vez, la alta tasa de mortalidad infantil promueve una alta tasa de fecundidad (5.6) <sup>264</sup> que genera situaciones de gastos económicos y humanos generando más

---

<sup>262</sup> Idem. Otro informe de la OMS encontró que la urbanización está asociada a varios factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como el tabaquismo, el aumento de la masa corporal, la baja actividad física y el aumento de la tensión arterial. OMS. “Nivel de urbanización y factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Tamil Nadu, India.” *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*; Recopilación de Artigos; Volumen 88, 2010.

<sup>263</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011

<sup>264</sup> Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro International Inc. *Op. cit.*

pobreza. La figura 5.1. demuestra la relación entre pobreza, mortalidad infantil y tasa de fecundidad.

**Figura 5.1. Relación entre pobreza, mortalidad infantil y tasa de fecundidad**



El análisis sobre los costes es muy importante para determinar el momento más propicio para el establecimiento de un sistema de salud pública en el contexto de una sociedad en post-conflicto, pero se hace necesario también analizar los beneficios que resultan del sistema de salud pública en esos casos.

## **5.2. Los beneficios e impactos de un sistema de salud pública en Angola**

Primeramente, se observan aquí los beneficios constitutivos; es decir, los beneficios que se refieren directamente a los objetivos de la implementación de un sistema de salud pública en Angola que utiliza agentes comunitarios de salud. Esos beneficios se originan directamente del impacto de los agentes comunitarios de salud en las acciones que se proponen (1) reducir la mortalidad infantil, (2) reducir la morbilidad infantil, (3) monitorizar la vacunación de los niños,

(4) la reducción de la tasa de fecundidad, (5) la reducción de muertes maternas y (6) de muertes por malaria, (7) los niveles de adherencia a los antirretrovirales (ARV).

Se espera que la disminución de la mortalidad infantil derive de la prestación de la atención primaria de los niños y de la información y educación sobre salud y higiene que los agentes comunitarios de salud ofrecen a los padres y tutores.

Se puede estimar la magnitud del impacto de las acciones de agentes comunitarios de salud sobre la mortalidad infantil a partir de resultados de intervenciones en contextos similares de pobreza y acceso limitado a los servicios de salud. En particular, es de interés especial el Proyecto de Salud y Planificación Familiar de la Comunidad Navrongo en la región noroeste de Ghana.<sup>265</sup>

Usando como base los resultados del Proyecto de Salud de Navrongo, para Angola se estima que los agentes comunitarios de salud contribuyen a la reducción de la mortalidad infantil en un 6%, de la mortalidad de niños con menos de 5 años en 20% y de niños con más de 5 años en 41%. En Ghana, los resultados del Proyecto de Planificación Familiar que utilizaba agentes comunitarios de salud contribuyó para reducir la mortalidad infantil de 85 muertes por 1.000 nacidos vivos a 33 muertes por 1.000 nacidos vivos. Entre las similitudes entre Angola y la región de Navrongo se observan la alta prevalencia de malaria y diarrea, la pobreza y el acceso limitado a servicios de salud.

Los resultados de otros estudios, como la experiencia de un programa de salud comunitaria en Bangladesh, fueron utilizados para estimar el efecto en la mortalidad y morbilidad infantil en Angola.

---

<sup>265</sup> Phillips, J., Bawah, A., Binka, F. *Op. cit.*

En 2004 y 2005, en Bangladesh, agentes comunitarios de salud que realizaban visitas post-parto contribuyeron a una reducción del 40% en las muertes de recién nacidos.<sup>266</sup> Una instancia de morbilidad infantil se define como fiebre, infección respiratoria aguda (IRA) o diarrea entre los niños menores de cinco años de edad.

Se espera que se produzca un alto porcentaje de reducción en la morbilidad como resultado de la reducción de la incidencia y la severidad de la malaria. Hay evidencia que demuestra que otras intervenciones similares que despliegan los ACS para la prevención y tratamiento de la malaria tuvieron un impacto significativo en la incidencia de la malaria y la calidad del tratamiento contra la ella.<sup>267</sup>

Un estudio sobre los efectos de agentes comunitarios de salud entrenados para la prevención y tratamiento de la malaria en la República Democrática del Congo encontró que la incidencia de casos de malaria se redujo en 50%.<sup>268</sup> El efecto de agentes comunitarios de salud en la mortalidad por malaria se basa en los resultados que sugieren que el 65% de los hogares que reciben mosquiteras las utilizan correctamente, y su uso lleva a una reducción del 50% en la incidencia de malaria.<sup>269</sup>

Solo se consideran las reducciones en la mortalidad por malaria para los adultos, para que no se estime la disminución de la tasa de mortalidad infantil en el doble. Después de tres años de cobertura, la tasa de mortalidad por malaria entre los adultos se reducirá a 0,85 veces la velocidad a la que habría ido sin el programa de salud pública. Se supone que la mortalidad por

---

<sup>266</sup> “Early Postpartum visits from Community Health Workers Reduce Neonatal Mortality in Bangladesh”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35/4, Guttmacher Institute, 2009.

<sup>267</sup> Lehmann, U., Sanders, D., *Op. cit.*

<sup>268</sup> Idem.

<sup>269</sup> Morel C, Lauer J, Evans D. “Cost effectiveness analysis of strategies to combat malaria in developing countries.” *British Medical Journal*, 2005; 331(7528):1–7.

malaria disminuiría en un 1% por año sin el sistema de salud propuesto. Se supone que la tasa de mortalidad por malaria entre los adultos en 2012 es de 1.000 por cada 100.000 adultos.<sup>270</sup>

Las intervenciones de asistencia sanitaria de la Comunidad pueden reducir la morbilidad por malaria y mejorar el tratamiento de esta enfermedad.<sup>271</sup> En la República Democrática del Congo, los ACS ayudaron en el tratamiento de la malaria y en cada uno de los 12 pueblos al final del período de observación, el 65% de los episodios de paludismo fueron tratados por ACS. La morbilidad por malaria se redujo en un 50%.<sup>272</sup>

Desde los supuestos anteriores sobre la mortalidad de la malaria, tenemos estimaciones para el número de víctimas mortales de malaria evitado por agentes comunitarios de salud. Suponemos que se evitarán 2,5 casos de malaria por cada víctima mortal que se evite. Esa estimación proviene de un análisis de la relación entre la incidencia de la malaria y la mortalidad, donde se produce la reducción de víctimas mortales debido a la distribución de mosquiteras.<sup>273</sup>

Se asume que la mortalidad infantil se reducirá en 0.5% sin agentes comunitarios de salud. Los resultados sobre la reducción de la mortalidad infantil como resultado de los agentes comunitarios de salud son obtenidos reduciendo la tasa de reducción de la mortalidad infantil en 50%. La tasa de nacimiento bruto en Angola es de 48 por 1.000 de la población.

La evidencia de otros programas sugiere que los ACS pueden tener un impacto significativo en la salud de los niños, como resultado de los esfuerzos de prevención que incluyen la vacunación y las iniciativas de prevención del VIH en general.

---

<sup>270</sup> WHO. *Mortality and Burden of Disease Estimates for WHO Member States in 2004*. Geneva, Switzerland: WHO, 2009.

<sup>271</sup> Kouyaté B, Some F, Jahn A, Coulibaly B, Eriksen J, Sauerborn R, Gustafsson L, Tomson G, Becher H, Mueller O. Process and effects of a community intervention on malaria in rural Burkina Faso: Randomized controlled trial. *Malaria Journal* 2008; 7(50):1–13.

<sup>272</sup> Lehmann U, Sanders D. *Op. cit.*

<sup>273</sup> Morel C, Lauer J, Evans D. “Cost effectiveness analysis of strategies to combat malaria in developing countries.” *British Medical Journal*, 2005; 331(7528):1–7.



El aumento de la cobertura de vacunación es importante en Angola, donde a pesar de las mejoras en la administración de otras enfermedades prevenibles han resurgido o se han vuelto más frecuentes. Por ejemplo, la polio resurgió en 2005 y la incidencia de la poliomielitis se elevó de 10 casos confirmados en 2005, 2 en 2006 y 8 casos en 2007 a 29 casos confirmados en 2008.<sup>274</sup>

Se supone que la acción de los ACS aumentaría significativamente el número total de niños vacunados. Se supone que los niveles de inmunización en Angola es de cerca del 88% en 2012<sup>275</sup> aumentando a una tasa de 0.5% al año sin agentes comunitarios. Con la cobertura de agentes comunitarios se ayudará a aumentar la inmunización infantil en 1.2 veces lo que sería sin la utilización de agentes comunitarios de salud.<sup>276</sup>

Los programas de planificación familiar implementados con el apoyo de agentes comunitarios de salud en lugares empobrecidos y zonas rurales africanas tradicionales han demostrado gran impacto en la reducción de la tasa global de fecundidad. En Angola, la tasa global de fecundidad en 2012 es de 5.6<sup>277</sup> por lo que la reducción prevista del 10% sería considerable.

Durante el proyecto de Navrongo en Ghana (1997 -2003), la tasa de fertilidad total se redujo en 17%.<sup>278</sup> Además de la planificación familiar, los ACS proporcionarían una combinación de intervenciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad de los riesgos relacionados con el embarazo, como la transmisión de VIH y la atención prenatal y postnatal.

---

<sup>274</sup> OMS, *Immunization profile- Angola*; Geneva: WHO, 2009.

<sup>275</sup> OMS. *Immunization Profile — Angola*. Geneva, Suiza, 2009.

<sup>276</sup> Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., *et. al.* “Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases.” (review). *The Cochrane Collaboration* 2010; 3:43.

<sup>277</sup> UNICEF, Angola – Statistics, 2011.

<sup>278</sup> Phillips, J., Bawah, A., Binka F. *Op. cit.* y Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, International Child Development Steering Group. “Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries.” *Lancet* 2007; 369(9555):60–70.

Esto reduciría los principales factores de riesgo para la mortalidad materna en Angola, donde solo el 46% de los partos ocurren en instituciones o con asistencia especializada.<sup>279</sup> En 2012, la tasa de mortalidad materna era de 610 por 100,000 nacidos vivos.<sup>280</sup>

Una revisión de las intervenciones para capacitar y apoyar a las parteras tradicionales informa de que este tipo de intervenciones reducen la mortalidad materna en un 50% al 82% (promedio de 67.6% en todas las intervenciones revisadas).<sup>281</sup> Esta revisión es particularmente importante porque incluyó resultados de una intervención en Angola, que entrenó a parteras tradicionales y dio lugar a una reducción del 75% en la mortalidad materna.<sup>282</sup>

Se asume que la tasa de mortalidad materna se reducirá en 1% al año sin la intervención de agentes comunitarios de salud. En Angola, los enfermeros comunitarios y supervisores tendrán capacitación de parteras y los agentes comunitarios de salud animarán a las mujeres embarazadas a visitar las clínicas satélites en que se presta la atención prenatal. Se estima que la mortalidad materna se reducirá a una tasa de 0.7 veces lo que se reduciría sin el sistema de salud pública.

Los ACS también han sido eficaces en la prestación de asesoramiento de adherencia para pacientes con VIH/SIDA en muchos países incluso en África del Sur.<sup>283</sup> Considerando que los angoleños no están bien informados sobre el VIH/SIDA y el conocimiento acerca de la

---

<sup>279</sup> UNICEF, *State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*; New York: United Nations Children's Fund 2009.

<sup>280</sup> UNICEF. *Angola — Statistics*. New York, NY: UNICEF, 2011.

<sup>281</sup> Ray A, Salihu H. The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 24(1):5–11.

<sup>282</sup> Idem.

<sup>283</sup> Hermann, K., et. al, , “Community health workers for ART in Sub-Saharan Africa: learning from experience - capitalizing on new opportunities”, *Human Resources for Health*, /7 2009, 31 y Zachariah, R., et al., “Task Shifting in HIV/AIDS: Opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa”, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103/6, 2009.

prevención del VIH es bajo, por ejemplo, solo el 9% de las madres con niños pequeños sabía que la madre puede transmitir el virus a su(s) hijo(s),<sup>284</sup> sin duda hay margen para avances.<sup>285</sup>

Los beneficios constitutivos cuantificables estimados con los supuestos descritos se resumen en la Tabla 5.2.

**Tabla 5.2. Cálculo de los Beneficios Constitutivos Cuantificables<sup>286</sup>**

<b>Beneficios Constitutivos Cuantificables *</b>	<b>2012</b>	<b>2021</b>
Niños beneficiados por la reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	792	23,597
Vidas preservadas de niños de 1 a 5 años	123	6,068
Casos de morbilidad evitados	775	38,125
Aumento del número de niños inmunizados	11,256	264,560
Porcentaje de bajada en la Tasa de Fecundidad (%)	0	0.10
Muertes maternas evitadas (número)	30	842
Muertes por malaria evitadas	3	82
Casos de malaria en adultos no-fatales evitados	7	206
Vidas salvadas por medio de avances en la adherencia al ARV	23	708

El beneficio más notable es la reducción en la tasa de mortalidad infantil (TMI). Se estima que durante los primeros 10 años de funcionamiento del sistema de salud pública a través de agentes comunitarios de salud evitaría aproximadamente 23.500 muertes infantiles. Este impacto reduciría la tasa de mortalidad infantil nacional de 116 a 66 por cada 1.000 nacidos vivos.

Aunque de forma menos dramática, el sistema de salud pública también podría reducir significativamente las muertes de los niños entre las edades de 1 a 5 años. No solo se reduciría la mortalidad infantil sino que, en sus primeros 10 años, el sistema de salud pública evitaría más de 300.000 casos de enfermedad en niños menores de cinco años.

<sup>284</sup> USAID. *HIV/AIDS Health Profile: Angola*. Washington, CD: USAID, 2008.

<sup>285</sup> República de Angola, Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, y UNAIDS, *Relatório de UNGASS 2007*, 2007.

<sup>286</sup> Los calculos y resultados se basan en análisis del costo de inacción en Anand, S., Desmond. C., Marques, N., Fuje, H. *Op. cit.*

Se estima que si se implementara un sistema de salud pública con agentes comunitarios de salud, la tasa de mortalidad materna se reduciría desde 610 hasta 457 por cada 100.000 nacimientos vivos.

El efecto de la intervención sobre otras causas de mortalidad de adultos (debido a la prevención de la malaria y la mejora de la adherencia al ARV) sería menos pronunciado pero todavía significativo.

Los beneficios discutidos hasta ahora se refieren solo a los beneficios constitutivos cuantificables de la intervención. Sin embargo, no todos los beneficios constitutivos de un sistema comunitario de salud se pueden cuantificar, ya sea por falta de datos o por su propia naturaleza. Por ejemplo, los ACS también son eficaces en la entrega de información sobre la nutrición infantil, aspecto que no se puede cuantificar fácilmente.<sup>287</sup>

Otros ejemplos de beneficios no cuantitativos incluyen beneficios de salud para los niños mayores de cinco años y para los adultos, a través de la reducción en la incidencia o severidad de enfermedades distintas de la malaria y el VIH/SIDA.

Los beneficios constitutivos tomados solos subestiman los beneficios totales de un sistema comunitario de salud, porque esos también generan beneficios “consecuenciales” (*consequential*). En contraste con los beneficios constitutivos, que incluyen efectos inmediatos en la salud como en la Tabla 5.2, los beneficios consecuenciales incluyen, por ejemplo, beneficios más allá de la salud para los individuos, las familias, la sociedad en general, la economía, y las generaciones futuras.

Además, es útil dividir los beneficios consecuenciales en dos tipos: (i) como consecuencia de los beneficios constitutivos, y (ii) como consecuencia de la intervención en sí.

---

<sup>287</sup> Mason, J., et. al. , 'Community Health and Nutrition Programs', *Disease Control Priorities in Developing Countries*.

Por ejemplo, la morbilidad y co-morbilidad tienen un efecto sobre la mortalidad infantil. Muchas muertes se asocian a una incidencia combinada de múltiples condiciones de mala salud o enfermedades (por ejemplo, la aparición conjunta de dos o más enfermedades infecciosas, como la malaria y la neumonía). Como resultado, la reducción de la morbilidad puede ayudar a reducir la mortalidad.

También hay una creciente evidencia de la importancia de la salud infantil en los resultados educativos. La mala salud afecta a la educación por un número de razones tales como la baja asistencia, menos años de escolaridad y aprendizaje menos eficiente en la escuela. La cuantificación del impacto de la salud infantil en los resultados educativos es muy difícil debido a la falta de datos fiables sobre todas las variables de interés.<sup>288</sup> La evidencia de su presencia, sin embargo, es fuerte. La mala salud y la desnutrición son perjudiciales para el desarrollo cognitivo, motor y socio-emocional de los niños. Estas condiciones colocan a los niños en una situación de desventaja en que son más propensos a un mal desempeño en la escuela y, posteriormente, a tener ingresos más bajos, tienen una mayor fertilidad, y contribuyen a la transmisión intergeneracional de la pobreza por no contar con los medios necesarios para velar por sus niños.<sup>289</sup>

Además, la morbilidad infantil puede también conducir a la angustia, el dolor y la pena para los padres por la enfermedad de sus hijos y sus secuelas (incluida la muerte). La Tabla 5.3 sugiere algunos beneficios consecuenciales que resultan de los beneficios constitutivos de la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil y el aumento de la vacunación de los niños.

---

<sup>288</sup> Glewwe, P., Miguel, E., “The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Less Developed Countries”, *Handbook of Development Economics*, 4. 2008.

<sup>289</sup> Grantham-McGregor, S., Cheung, YB., Cueto, S., *et. al.*, *Op. cit.*

**Tabla 5.3. Ejemplos de Beneficios Consecuenciales que resultan de beneficios constitutivos<sup>290</sup>**

<b>Beneficios constitutivos que generan beneficios consecuenciales</b>	<b>Comportamientos para los beneficios consecuenciales</b>	<b>Beneficios consecuenciales no-cuantificables</b>
<p>Reducción de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil, aumento en vidas</p> <p>Aumento del número de niños vacunados</p>	<p>Menos casos de morbilidad y menos casos de muerte reducen el sufrimiento, el dolor y la tristeza</p> <p>Mejor alimentación y salud apoya el desarrollo de las capacidades cognitivas, motoras y emocionales de los niños</p>	<p>Mejor calidad de vida</p> <p>Mejor aptitud y resultado escolar</p> <p>Menor riesgo de comportamiento anti-social</p>

Los beneficios consecuenciales derivados de la reducción de la mortalidad materna están basados en datos procedentes de Indonesia que muestran que, aunque las muertes paternas no tienen ningún efecto sobre la mortalidad de los niños que sobreviven, la mortalidad materna tiene un efecto grande y significativo sobre la mortalidad infantil. Se estima que los niños huérfanos por el lado materno tienen cuatro veces más probabilidades de morir en comparación con los demás niños.<sup>291</sup>

Para los niños que sobreviven a la pérdida de su madre, esta les puede afectar de forma negativa en un número de maneras diferentes. Por ejemplo, las madres son fundamentales en la preparación de alimentos en el hogar, por lo que es probable que la muerte de la madre tenga un

<sup>290</sup> Los beneficios indirectos se enumeran solamente si hay evidencia empírica que los conecte a los beneficios constitutivos. Los beneficios a largo plazo a veces no son evidentes en el primer momento de implementación de la acción porque esta acción genera beneficios a medio y largo plazo.

<sup>291</sup> Gertler, P., *Lost Presence and Presents: How Parental Death Affects Children*, 2004.

efecto negativo en el estado nutricional de los niños y, por tanto, su desarrollo físico y cognitivo.<sup>292</sup>

Las madres son importantes en la socialización de la crianza y la educación de los niños, cuando una madre muere, el maestro del niño muere. Tradicionalmente, las madres son las enfermeras si un familiar está enfermo, así como las que apoyan y dan atención a las personas mayores. La mortalidad materna requiere que alguna otra persona en el hogar pase a dedicar su tiempo de trabajo al cuidado de los enfermos y de los niños.

Los beneficios educativos consecuentes derivados de la reducción de la mortalidad de adultos son diversos en su naturaleza. Por ejemplo, en Angola, el sistema educativo es frágil y los niños necesitan del apoyo de los adultos para inscribirse y asistir a la escuela. El transporte escolar es limitado y solo está disponible en los centros urbanos. Aunque la Constitución establece que la educación debe ser proporcionada de forma gratuita, muchas escuelas requieren honorarios u otros pagos (como sobornos de admisión). Por lo tanto, es probable que la mortalidad materna tenga un impacto educativo en los niños en diferentes maneras, tales como retrasar su ingreso en la escuela, lo que aumenta la probabilidad de deserción y la reducción del rendimiento escolar.

Estos efectos se han observado en otras partes de África. Un análisis de los datos del noroeste de Tanzania descubrió que la mortalidad adulta conduce a una entrada tardía en la escuela. En otro estudio, Paxson y Ableidinger encontraron que el efecto de la orfandad en la matrícula escolar de niños en 10 países africanos se determina por el grado de relación con los padres de acogida, donde los niños que viven con familiares más lejanos o no parientes tuvieron resultados escolares inferiores.<sup>293</sup>

---

<sup>292</sup> Idem.

<sup>293</sup> Idem.

Estudios realizados en otras partes del mundo también evidencian los impactos educativos como consecuencia de la mortalidad de adultos. En Indonesia, entre 1993 y 1997, se observó que el 14% de los niños (entre 6 y 10 años) con una enfermedad abandonó la escuela en comparación con solo el 7% de los hijos no enfermos.<sup>294</sup>

El mismo estudio descubrió que los niños huérfanos de padre tenían más del doble de probabilidades de abandonar la escuela en comparación con los otros niños. Los niños huérfanos de madre, por otra parte, no eran más propensos a abandonar la escuela. Así el análisis concluyó que el aumento de los abandonos solo se explica en parte por la caída de los ingresos asociados con la pérdida de un padre.

En un análisis similar realizado en México, la mortalidad materna afecta negativamente a la asistencia a la escuela después de la muerte de la madre, mientras que la muerte de un padre afecta a la matrícula escolar a largo plazo.<sup>295</sup>

La mortalidad y la morbilidad de un adulto tienen consecuencias económicas obvias para las familias y los niños. Cuando muere un adulto, hay costes relacionados con funerales que pueden forzar que una casa venda algunos de sus activos productivos que erosionen la capacidad de generación de ingresos de la unidad familiar.<sup>296</sup> La muerte de un padre o una madre que está activo en la fuerza de trabajo puede dar lugar a una reducción en el ingreso total de los hogares y el consumo, y posiblemente en ahorros personales o familiares. Por ejemplo, los datos de un estudio realizado en Indonesia encontraron que la muerte paterna resulta en una reducción del 29,6% en el consumo *per cápita*.<sup>297</sup>

---

<sup>294</sup> Idem.

<sup>295</sup> Idem.

<sup>296</sup> Donahue, J., *Strengthening households and communities: The key to reducing the economic impacts of HIV/AIDS on children and families*, 2005.

<sup>297</sup> Gertler, P., *Op. cit.*



La morbilidad parece ralentizar el crecimiento económico en los países pobres. Los costes económicos individuales de la enfermedad incluyen el valor del tiempo perdido por la enfermedad y los gastos en la atención médica, el tratamiento y la prevención. Los gastos del gobierno incluyen los gastos del sistema de salud sobre el tratamiento y la prevención de enfermedades. Otros costes incluyen cambios en los asentamientos humanos y los patrones de trabajo inducidos por la enfermedad (por ejemplo, los cambios en la ubicación donde la gente vive y trabaja), así como las consecuencias de la enfermedad sobre la fertilidad, la demografía y la inversión en capital humano, en los patrones de comercio y la inversión, y, potencialmente, en la calidad de gestión y adopción de tecnología. (Por ejemplo, los administradores cualificados prefieren no trabajar en regiones palúdicas, resultando en la reducción de los niveles de productividad.) Se puede estimar que el impacto en la economía es considerable, sobre todo cuando las enfermedades son endémicas como la malaria en Angola.

Dos trabajos ampliamente publicitados utilizan técnicas de regresión entre países para estimar el efecto económico de la morbilidad por malaria. McCarthy, Wolf y Wu (1999) afirmaron que la magnitud del efecto de la malaria en el crecimiento económico es importante, los países del África subsahariana sufren una reducción en el crecimiento del ingreso anual de 0,25 puntos porcentuales, debido a malaria.<sup>298</sup>

Utilizando una metodología similar, Gallup y Sachs (2000) estiman que una reducción del 10% en la incidencia de la malaria en los países con epidemias "intensivas" se asocia a un aumento de 0,3 puntos porcentuales en el crecimiento económico.<sup>299</sup>

La Tabla 5.4 muestra los beneficios indirectos que resultan de la reducción de la mortalidad y la morbilidad adulta.

---

<sup>298</sup> Gollin, D., y Zimmermann, C., 'Malaria: Disease Impacts and Long-Run Income Differences', *Institute for the Study of Labor (IZA)*, /2997 agosto 2007.

<sup>299</sup> Idem.

**Tabla 5.4. Beneficios Consecuenciales que resultan de la reducción de la mortalidad y la morbilidad adulta**

<b>Beneficios constitutivos que generan beneficios consecuenciales</b>	<b>Comportamientos para los beneficios consecuenciales</b>	<b>Beneficios consecuenciales no-cuantificables</b>
Reducción de la mortalidad adulta y mejor salud de los adultos (a través de la reducción de la mortalidad materna, la incidencia de muertes por malaria, más conocimiento y conciencia sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades crónicas, más adherencia al ARV)	<p>La reducción de la mortalidad adulta tiene un efecto positivo sobre la matrícula y frecuencia de la asistencia de los niños a la escuela.</p> <p>La reducción de la incidencia de enfermedades y muertes lleva a más participación productiva de la mano de obra adulta.</p> <p>La reducción de la morbilidad reduce el tiempo de cuidados a los enfermos.</p> <p>Reducción de la pérdida de patrimonio debido a gastos de funerales y otros gastos relacionados con la muerte</p>	<p>Aumento de la matrícula; reducción del abandono escolar y mejores resultados escolares.</p> <p>Resultados escolares mejores llevan a una futura mano de obra más calificada;</p> <p>Reducción de la pobreza; aumento de la renta de los no-pobres.</p>

Se han propuesto una serie de vínculos entre la reducción de la fertilidad, la asignación de recursos del hogar y las mejoras en el bienestar de las familias. Los beneficios consecuenciales derivados de la reducción de la fertilidad están, a su vez, asociados con un menor riesgo de mortalidad materna y de otros problemas de salud agudos o crónicos que afectan a las mujeres.<sup>300</sup>

Cuando las tasas de fecundidad son más bajas, el rendimiento escolar de las niñas tiende a ser mayor, ya que no tienen que faltar a la escuela debido al embarazo.<sup>301</sup> La reducción de la

<sup>300</sup> Schultz. P., "Population Policies, Fertility, Women's Human Capital, and Child Quality", *Economic Growth Center Yale University*, /Center Discussion Paper N°. 954, 2007.

<sup>301</sup> Idem.

fertilidad también puede afectar a las transferencias intergeneracionales asociadas con la nutrición y la salud, así como las transferencias financieras y de otro tipo de patrimonio.<sup>302</sup>

Una fertilidad más baja puede, por lo tanto, ayudar a las familias a salir de la pobreza y ayudar a la economía a crecer. Se ha demostrado que una tasa global de fecundidad elevada se asocia con un menor crecimiento económico.<sup>303</sup>

La Tabla 5.5 demuestra los beneficios consecuenciales que resultan de la reducción de la tasa de fecundidad.

**Tabla 5.5. Beneficios Consecuenciales que resultan de la reducción de la tasa de fecundidad**

<b>Beneficios constitutivos que generan beneficios consecuenciales</b>	<b>Comportamientos para los beneficios consecuenciales</b>	<b>Beneficios consecuenciales no-cuantificables</b>
Reducción de la fertilidad	<p>Nacimientos mejor distribuidos en el tiempo permiten más inversiones en salud, educación y desarrollo emocional de los niños.</p> <p>Menos nacimientos reducen el riesgo de mortalidad maternal.</p>	<p>Mejor resultado escolar;</p> <p>Mejores resultados de salud;</p> <p>Mejor salud materna.</p>

Para terminar, también se pueden estimar los beneficios que son consecuencia de la propia intervención o política pública pero no su objetivo fundamental, es decir, beneficios indirectos del sistema de salud pública como concepto, y no solo de sus beneficios constitutivos como se mencionó anteriormente.

La implementación de un sistema de salud pública con agentes comunitarios de salud (ACS) consiste en el empleo de miles de ACS, enfermeros comunitarios y supervisores de enfermeros. Aunque el empleo de los profesionales de salud no es un beneficio constitutivo de la

<sup>302</sup> Idem.

<sup>303</sup> Banco Mundial, *Education Quality and Economic Growth*, 2007.

intervención como ocurre en casos de políticas de obras públicas estrictamente (*public works*), el empleo remunerado, sin duda, pasa a dar lugar a beneficios consecuenciales.

Algunos de estos beneficios consecuenciales serán cuantificables y otros no. Como es probable que los profesionales de salud comunitarios realicen sus gastos en las comunidades en que trabajan, y también es probable que vivan en situación de pobreza antes de la implementación del sistema de salud pública, su empleo dará lugar al beneficio consecuente de reducción de la pobreza a nivel individual, familiar y comunitario.

De hecho, el proyecto del coste de inacción estima que para el año 2021, unos 38.000 ACS podrían elevarse por encima de la línea de pobreza de 2,5 dólares por persona al día a partir del empleo en el nuevo sistema de salud pública.<sup>304</sup> Además, como la mayoría de estos trabajadores son propensos a tener hijos, la renta generada significaría que sus niños también podrían salir de la pobreza. Por ejemplo, se estima que en 2021 un aumento de 4.000 niños, hijos de ACS estaría en la escuela como resultado del aumento de los ingresos de sus familias.<sup>305</sup>

El gasto de los ingresos obtenidos por los profesionales de salud y sus familias en las comunidades donde viven aumentaría, a través del multiplicador de renta keynesiano, los ingresos de todos los que les rodean. Considerando el número de profesionales de salud comunitarios involucrados en el sistema de salud pública propuesto, esto podría significar una inyección de la demanda significativa en comunidades pobres de Angola.

La Tabla 5.6 presenta los cálculos de tales beneficios consecuenciales cuantificables de la intervención que resultan del multiplicador de la renta de los profesionales de salud comunitarios estimados por el coste de inacción.<sup>306</sup>

---

<sup>304</sup> Anand, S., Desmond. C., Marques, N., Fuje, H., *Op. cit.*

<sup>305</sup> Idem.

<sup>306</sup> Idem.

**Tabla 5.6. Beneficios consecuenciales cuantificables que resultan de la renta pagada a los profesionales de salud comunitarios<sup>307</sup>**

<b>Beneficios consecuenciales cuantificables</b>	<b>2012</b>	<b>2021</b>
Aumento de la renta de los ACSs (en millones de dólares americanos de 2012)	5.4	62.5
Reducción del número de pobres entre los ACSs	2,800	36.767
Número de niños en la unidad familiar que se benefician del aumento de renta de los ACSs	7,019	90.783
Aumento de la matrícula escolar de los niños de los ACSs	295	4,170
Multiplicador del aumento de la renta (de 1.5) aplicado para aumentar la renta de los ACSs (en millones de dólares americanos de 2012)	7.6	98

Otros beneficios indirectos del aumento de los ingresos de los profesionales de salud comunitarios no son fáciles de cuantificar. Sin embargo, la evidencia de varios países sugiere que habrían más beneficios no cuantificables. Estos beneficios indirectos y las vías por las que se espera que surjan se resumen en la Tabla 5.7 (en la próxima pagina).

<sup>307</sup> Ver, Anand, S., Desmond. C., Marques, N., Fuje, H., *Op. cit.*

**Tabla 5.7. Beneficios consecuenciales no-cuantificables que resultan de la renta pagada a los profesionales de salud comunitarios**

<b>Beneficios consecuenciales cuantificables que llevan a beneficios adicionales</b>	<b>Relaciones causales de los beneficios consecuenciales adicionales</b>	<b>Beneficios adicionales no-cuantificables</b>
Aumento de la renta de los ACS	<p>El aumento de la renta ayuda al acceso de bienes y servicios;</p> <p>Permite la aplicación en otras actividades generadoras de renta, incluso la producción de patrimonio y búsqueda de trabajo en el Mercado;</p> <p>Ayuda a mantener a los niños en la escuela;</p> <p>Cuando el ACS es una mujer, hay más beneficios en la educación de las niñas;</p> <p>El aumento de la renta individual de los ACS genera aumento de gastos en la comunidad y aumento de la renta de otros miembros de la comunidad.</p>	<p>Mejor acceso a los servicios sociales.</p> <p>Mejor tratamiento de las condiciones de salud.</p> <p>Reducción de la pobreza.</p> <p>Reducción del trabajo infantil.</p> <p>Mejores resultados escolares de los niños.</p> <p>Reducción en la desigualdad de género.</p>

A pesar de que los beneficios indirectos identificados en la Tabla 5.6 que derivan del aumento de los ingresos de los profesionales de salud comunitarios no se pueden cuantificar por la falta de datos o por la dificultad de la medición, todavía deberían ser considerados en la evaluación de la acción propuesta.

Los resultados obtenidos por el análisis del coste de inacción indican que si no se implementa un sistema de salud pública con la utilización de profesionales de salud comunitarios, Angola experimentará altos costes de inacción. El sistema de salud pública propuesto, aunque a gran escala, es financieramente viable en el contexto angoleño. Eso es

porque el coste medio anual del sistema en los próximos 10 años será de 110 millones de dólares, en precios de 2012, valor inferior al 0,5 por ciento de los ingresos anuales por petróleo de Angola.

Esa conclusión es muy importante para el debate sobre las políticas públicas que deben ser implementadas durante la transición post-conflicto en Angola. El análisis que aquí se presenta puede ayudar a los responsables políticos y representantes de la sociedad civil en sus esfuerzos para identificar los mejores usos de los recursos del país.

Es importante destacar que el análisis y las comparaciones que se conducen aquí no significan o sugieren lo que debe hacerse mecánicamente, sino que proporciona la información necesaria para permitir una evaluación adecuada de las políticas públicas y la distribución de los recursos. Al final, como se ha demostrado, además de los retornos financieros, un sistema de salud pública tiene un valor atribuido a las vidas salvadas, el sufrimiento evitado y los beneficios de una población más sana a largo plazo para la sociedad y la economía.

## Capítulo VI – La salud como respuesta a la “doctrina del choque”

*“Violations are not free-floating bad events, drifting in the political ether.”*

Naomi Klein – *The Shock Doctrine*

En los primeros días de la independencia de Angola, en 1975, el mundo vivía en medio a la Guerra Fría y la polarización representada por el sistema capitalista de los Estados Unidos y el sistema socialista de la ex Unión Soviética (USSR). En ese momento, el Movimiento Popular para a Libertação de Angola (MPLA), que fue capaz de controlar el gobierno central desde la capital Luanda, mostró tendencias socialistas con un compromiso con los pobres. El gobierno aumentó los gastos sociales en educación, vivienda, seguridad social y servicios de salud. El sector de la salud, en particular, se vio reforzado por la construcción de centros de salud, la implementación de un programa anual de vacunación gratuita y la afluencia de médicos internacionales, principalmente de Cuba.<sup>308</sup>

Pero la financiación gubernamental para las iniciativas sociales se redujo drásticamente en 1977. En parte, la reducción de la financiación fue consecuencia de las crecientes expectativas de que las organizaciones humanitarias internacionales prestarían esos servicios a los angoleños.<sup>309</sup> Por otra parte, el gobierno necesitaba de recursos provenientes principalmente de la venta del petróleo para financiar los enfrentamientos con la União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA), que estaba financiada principalmente por la explotación de las minas de diamantes y apoyada por los Estados Unidos a través de la Central de Inteligencia Americana (CIA) y la República de Sudáfrica.<sup>310</sup>

---

<sup>308</sup> Vidal, N. *Op. cit.*

<sup>309</sup> Idem.

<sup>310</sup> Idem.



Los enfrentamientos entre los dos grupos independentistas más fuertes solamente fueron interrumpidos en 1991, con la firma de los acuerdos de paz de Bicesse (Portugal) entre el MPLA y la UNITA. Después de los acuerdos de Bicesse, el gobierno del MPLA, en respuesta a las presiones internacionales a través de las Naciones Unidas, revisó la Constitución, aprobó la democracia multipartidista, creó leyes que priorizaban los derechos civiles, y estableció los principios básicos de una economía de mercado.<sup>311</sup>

Los cambios normativos introducidos por el MPLA en 1992 no afectaron a la financiación pública del sector de la salud. Sin embargo, la financiación del sector de la salud en la posguerra sigue siendo insuficiente.<sup>312</sup> Sin un programa de salud pública efectivo, y una ayuda humanitaria que se reduce significativamente desde 2002, el sector privado de la salud pasa a responder a las necesidades de un porcentaje muy pequeño de la población en condiciones de pagar por sus servicios (cerca del 26%), es decir, más de 80% de la población angoleña depende de servicios de salud pública o gratuitos inexistentes o muy limitados.<sup>313</sup>

En Angola, muchas personas se preguntan qué ha pasado con el MPLA que se ha opuesto a sus principios sociales de la época de la independencia. No parece razonable que un gobierno democrático permita que el abuso de los derechos ocurra de manera sistemática y generalizada. En particular, la no realización del derecho a la salud en un periodo de transición post-conflicto parece ser un reflejo de políticas neoliberales, ideología contraria al socialismo, que buscan limitar la acción del gobierno, privatizar el servicio de salud y liberalizar los mercados y precios para las empresas farmacéuticas y de biotecnología.

---

<sup>311</sup> Idem.

<sup>312</sup> Banco Mundial, European Commission, Food and Agricultural Organization, et al., *Angola Public Expenditure Review. Volume II: Sectoral Review.*: The World Bank, 2007.

<sup>313</sup> United Nations System in Angola, *Angola: The Post-War Challenges: Common Country Assessment 2002*: United Nations, 2002.

En este capítulo, se presentan dos ideas principales. La primera es que Angola también ha sufrido las consecuencias de una política neoliberal caracterizada por la escritora y periodista Naomi Klein como “la doctrina del choque” (*The Shock Doctrine*). Las transformaciones y cambios internos del partido y el gobierno del MPLA no están aisladas de los cambios y transformaciones que ocurrieron en el mundo. La situación de guerra en Angola puso al gobierno y a la población en una situación vulnerable a las imposiciones ideológicas neoliberales, sobre todo desde los años 80. Así, la guerra civil y el período de reconstrucción de la posguerra se convirtieron en momentos de cambios políticos y económicos que favorecían a los intereses de una elite oligárquica compuesta principalmente por la figura del Presidente, su familia y sus partidarios más cercanos.

La segunda idea de este capítulo sirve de contrapunto a la respuesta del tratamiento de choque previsto por la ‘doctrina del choque’ de Naomi Klein con una propuesta de resistencia. Se propone en este análisis que las inversiones en un sistema de salud pública no solo permiten la recuperación más rápida del trauma individual y colectivo de la sociedad sino que también permiten una distribución de la renta de manera que el desarrollo económico-social y la estabilidad política de las sociedades se hacen viables.

### **6.1. La guerra es un choque**

La escritora y periodista Naomi Klein en su libro “La Doctrina del Choque” (*The Shock Doctrine*) expuso cómo, durante cerca de tres décadas, las ideas del liberalismo económico de Milton Friedman y de la Universidad de Chicago crearon un sistema que se aprovechaba de

situaciones catastróficas, como guerras o desastres naturales, para implementar rápidamente políticas económicas que favorecían a corporaciones y a la privatización de lo colectivo.<sup>314</sup>

Según *Klein*, las situaciones catastróficas son momentos en que las sociedades están desorientadas y vulnerables y ofrecen poca resistencia a políticas de austeridad económica con el objetivo de reducir los gastos de los gobiernos, los sistemas de seguridad social y permitir la liberalización total de los mercados nacionales a la privatización y al sector financiero internacional. A su vez, argumenta Klein, la doctrina del choque y la ideología neoliberal se convierten en autoritarismo explícito o en extrema concentración de riqueza produciendo graves violaciones de los derechos humanos, tanto civiles y políticos, como de los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>315</sup>

Con base en el análisis de los resultados que obtuvo la respuesta neoliberal en momentos de crisis (caracterizados por el post-conflicto) se puede prever y anticipar los efectos de esta respuesta sobre los derechos a la salud. En 2005, el derecho a la salud no estaba plenamente realizado en el contexto angoleño. El 60% de la población no tenía acceso a asistencia médica<sup>316</sup> en gran parte debido a políticas públicas insuficientes y acciones del gobierno limitadas. Esas observaciones son importantes porque las violaciones de los derechos no se encuentran desconectadas de las tensiones y luchas de poder que ocurren en un país. Los derechos son una herramienta que permiten al individuo negociar las relaciones de poder y cubrir sus necesidades

---

<sup>314</sup> Klein, N. *Op. cit.*

<sup>315</sup> Idem.

<sup>316</sup> United Nations System in Angola, *Angola: The Post-War Challenges: Common Country Assessment 2002*: United Nations, 2002.

básicas.<sup>317</sup> Y, por lo tanto, se hace necesario preguntar por qué no se realizan los derechos a la salud y a quiénes interesa que los derechos a la salud no se respeten.

Desde su independencia, en 1975, Angola ha tenido dos presidentes que también representaban el liderazgo del Movimento Popular para a Libertação de Angola (MPLA). El primer líder fue António Agostinho Neto, presidente de 1975 a 1979 y, desde 1979, el Presidente José Eduardo dos Santos. Cuando asume la presidencia, Eduardo dos Santos es contemporáneo de George W. Bush en los Estados Unidos y Margaret Thatcher en Inglaterra, dos prominentes líderes de la doctrina neoliberal que defendían el libre mercado y buscaban romper las estructuras y sindicatos de trabajadores.

En 1991, la guerra entre el MPLA y la União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA), que siempre fuera una *proxy* de la Guerra Fría, tiene que reinventarse y buscar otras formas de financiación y clientes para la venta de petróleo y diamantes. En ese ambiente de tensiones internas y externas, se firman los acuerdos de paz de Bicesse (Portugal) entre el MPLA y UNITA y, en 1992, Angola tiene sus primeras elecciones para presidente. Los votantes elegirán a Eduardo dos Santos con el 49.57% de los votos mientras que Jonas Savimbi, líder de la UNITA, obtuvo un 40,07%. Savimbi y la UNITA se negaron a aceptar los resultados a pesar de la opinión de observadores externos de las Naciones Unidas que aprobaron las elecciones como justas y libres.<sup>318</sup> El conflicto entre el MPLA y la UNITA se reanuda con una intensidad sin precedentes y ambos lados cometen abusos contra los derechos humanos generando centenares de millones de víctimas y desplazados de guerra.<sup>319</sup>

---

<sup>317</sup> Herrera Flores, J., “16 Premisas de una teoría crítica del derecho”. *Teoria Crítica dos Direitos Humanos*. Editora Fórum. 2011.

<sup>318</sup> Vidal, N. *Op. cit.*

<sup>319</sup> Idem.

Aún que Klein no cite el caso de Angola en su obra, las similitudes entre los momentos de crisis en Angola con los ejemplos que la autora describe son significativos. Primeramente, es muy claro que las guerras, los desastres naturales, los actos de terrorismo o momentos de fragilidad económica generan una desorientación y un estado de regresión en la sociedad. Ese es el momento ideal inmediatamente explotado por corporaciones que buscan substituir las políticas que no les agradan, o son entendidas como políticamente inaceptables, por políticas de liberalización de los mercados y precios, privatizaciones que se traducen en reducción del número de empleos y grandes recortes en los gastos del gobierno en sistemas de seguridad social.

Esas políticas de austeridad económica reciben el título de re-ingeniería social y choque económico. El reinicio de la guerra entre el MPLA y la UNITA en 1992 es un golpe violento a la sociedad angoleña después de la independencia. El momento creó condiciones propicias para la centralización del poder en la Presidencia y, en enero de 1999, el Jefe del Estado (el Presidente) también se convirtió en el Jefe de Gobierno.<sup>320</sup> En ese periodo, el Presidente y las personas más próximas a él se beneficiaron de influencia política y económica para su éxito financiero personal.<sup>321</sup>

La socióloga Christine Messiant describe ese período de la historia angoleña como un período de “Estado-partido militarizado o ‘socialismo salvage’ basado en arbitrariedades, privilegios y corrupción masiva de la élite del poder y el abandono de la población a una miseria creciente.”<sup>322</sup>

---

<sup>320</sup> Idem.

<sup>321</sup> Uno de los ejemplos más conocidos es de la hija mayor del Presidente, Isabel dos Santos, que es la primera mujer bilionaria de África. Dolan, K, “Isabel Dos Santos, Daughter Of Angola's President, Is Africa's First Woman Billionaire.”, *Forbes*, 23 de enero de 2013.

<sup>322</sup> Messiant, C. *Op. cit.* (Traducción de la autora).

¿Cómo pueden los líderes y las corporaciones implementar casi sin resistencia medidas que serían de otras formas políticamente inaceptables? Según Klein, las corporaciones son capaces de convencer a los políticos y líderes de implementar las políticas neoliberales por tres razones principales que, como se demuestra aquí, estuvieron presentes en el contexto de la posguerra de Angola.

### **6.1.1. Una receta rápida**

Según Klein, la ideología del liberalismo económico está entrenada para identificar los momentos de choque como momentos de trauma colectivo que permiten cambios “positivos” y la implementación de políticas liberales. La ideología del liberalismo y la metodología del tratamiento de choque se han revestido de una propaganda que le atribuye un perfil de reforma, de oportunidad de mercado, o característica de la economía global inevitable. La apropiación del término “liberalismo” que en su origen representaba la libertad e igualdad se convierte en libertad sin igualdad justificando las diferencias con argumentos de esfuerzo individual.<sup>323</sup>

Además, después de 1989, con la caída del Muro de Berlín, el sistema capitalista se auto-designó vencedor absoluto no admitiendo ninguna forma de disidencia ideológica. Las corporaciones y las élites financieras se apropiaron del poder político (bien por vías de financiación de los partidos y candidatos políticos, bien por apropiación de los medios de comunicación, bien por vías de financiación de intervenciones militares u otros actos de violencia). De esa manera, los intereses de las élites son siempre la prioridad. Es “el gobierno de las entidades financieras” como declaró Rosario Valpuesta.<sup>324</sup> No se permite el debate sobre una

---

<sup>323</sup> Friedman, M, *Capitalismo e Liberdade*. Abril Cultural S.A., São Paulo, 1984.

<sup>324</sup> Valpuesta, R. en seminario de la Universidad Pablo de Olavide, “De la democracia representativa a la democracia real.” Julio y agosto de 2012. [notas de la autora]

“tercera vía”, un sistema capitalista con menos desigualdad, una social democracia. El liberalismo pasa a ser la norma, o “el único juego” (*the only game in town*).<sup>325</sup>

En la década de los 90, el MPLA se vio sin el apoyo de su soporte internacional tradicional. Rusia atravesaba una de sus peores crisis económicas. La implementación de las recomendaciones neoliberales resultó en la transferencia del control, a través de la privatización, de las principales empresas rusas a una minoría de la oligarquía local, llevando a centenares de millones de personas a una pobreza extrema.<sup>326</sup> Cuba vivía el llamado Período Especial con una cerrada depresión económica y el bloqueo económico de los Estados Unidos. Así, en Angola, la ley de 1988 sobre las inversiones extranjeras y la actividad de empresas se revisa en 1994 para incluir normativas que posibiliten la privatización.

En ese contexto, Sonangol, la empresa estatal angoleña que coordina todos los negocios del sector del petróleo, responsable del 90% de las exportaciones, el 90% de los ingresos del gobierno y el 50% del PIB de Angola,<sup>327</sup> pasa a tener como principales socios extranjeros a Sinopec (Corporativa China de Petróleo), Petrobrás (Petróleo brasileño), Chevron-Texaco (Estados Unidos), Royal Dutch Shell (Holandesa-Americana) y ONGC (Oil and Natural Gas Corporation, India).

Sin grandes industrias, aparte de Sonangol y Ediamma (explotadora y productora de diamantes), Angola inicia una privatización promovida por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Mecanismo de Ajuste Estructural (Enhanced Structural Adjustment Facility).<sup>328</sup>

---

<sup>325</sup> Klein, N. *Op. cit.*

<sup>326</sup> Idem.

<sup>327</sup> Banco Mundial, *Angola: Petroleum sector non-lending technical assistance*. Disponible en: <http://go.worldbank.org/M69ZBBCQ00>2010>

<sup>328</sup> Embaixada de Angola en Portugal, *Privatizações*. Disponible en: <http://www.embaixadadeangola.org/privatizacoes.htm>

El primer programa de privatización a gran escala se da entre los años 1995 y 1996. En ese periodo se intentan privatizar cerca de 100 empresas, principalmente de los sectores de la pesca y la agricultura (café) – tercera fuente más grande de renta del país. También se preveía la privatización de servicios antes públicos como transportes, abastecimiento de agua y electricidad.<sup>329</sup>

El programa más reciente de privatizaciones en Angola a través del Plan Nacional de Desarrollo (Plano Nacional de Desenvolvimento) para el periodo 2013-2017 prevé la privatización de 30 de las 90 empresas controladas por el gobierno.<sup>330</sup> De hecho, el proceso de reconstrucción de la posguerra fue negociado principalmente por préstamos y concesiones, sobre todo con los gobiernos chino y americano mientras el gobierno angoleño esperaba que las ONG internacionales y las agencias humanitarias se responsabilizarían de los servicios públicos como la salud.<sup>331</sup>

### **6.1.2. La desorientación**

La “Doctrina del Choque” de Naomi Klein demuestra cómo después de choques (guerra, tragedia, crisis económica) hay un periodo en que las víctimas y la población en general están desorientadas y sufren un regreso que les impide ser capaces de unirse y reclamar sus derechos o la reposición de lo que fue destruido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que “después de una emergencia, es más probable que las personas padezcan de una serie de problemas de salud mental. Una minoría sufre trastornos mentales nuevos y debilitantes; muchas otras se encuentran en situación

---

<sup>329</sup> Idem.

<sup>330</sup> Cavaleiro, D. “Angola aposta em privatizações mas tem calma nas PPP por causa de Portugal”, *Negocios Online*. 15 de Mayo de 2013.

<sup>331</sup> Vidal, N. *Op. cit.*



de angustia psicológica. Y quienes ya padecían trastornos mentales suelen necesitar incluso más ayuda que antes.”<sup>332</sup>

En situaciones de posguerra la prevalencia de depresión y disturbios pos-traumáticos aumenta significativamente así como casos de esquizofrenia, desorden bipolar, ansiedad y abuso de sustancias como el alcohol y otras drogas.<sup>333</sup> De hecho, Naomi Klein compara esos momentos de trauma con las consecuencias y reacciones físicas y psicológicas de víctimas de torturas. La tortura institucional moderna tiene como objetivo no solamente la confesión sino también destruir o quebrar la noción de ser que constituye el propio ser humano. La tortura, como los momentos de choque (*shock*), crea un estado de regresión y confusión tremendo que impide la reflexión o reacción colectiva a medidas implementadas rápidamente. En otras palabras, la tortura o el estado de crisis generalizado reduce las energías y atención de las personas que pasan a centrarse en la supervivencia inmediata mientras otros aspectos, como las decisiones políticas o económicas, pasan casi totalmente desapercibidos a la colectividad.<sup>334</sup> Fue ese periodo de desorientación el que posibilitó la concentración del poder en la figura del Presidente angoleño. Actualmente, el Presidente nombra y cesa a los Ministros y Vice Ministros de su oficina y del Consejo de Ministros. Cada una de las 19 provincias de Angola está presidida por un gobernador nombrado por el Presidente.<sup>335</sup>

En los primeros años de paz en Angola, después de 2002, la situación era predominantemente calma. Los niveles de integración y regreso de la población desplazada durante la guerra eran extraordinarios. El Presidente Eduardo dos Santos prometió nuevas

---

<sup>332</sup> OMS. *Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. 2013.

<sup>333</sup> Idem.

<sup>334</sup> Klein, N. *Op. cit.*

<sup>335</sup> “Angola: Origins and Historical Development of the Constitution.” Background paper. Disponible en: <http://web.up.ac.za/sitefiles/file/47/15338/Angola%20final.pdf>

elecciones pero las elecciones no eran necesariamente convenientes o deseables. Para la población en general, muerta de hambre y desplazada, lo mejor era evitar la mención de la palabra “elecciones”, en gran parte por miedo a que estas resultaran en un nuevo conflicto como pasó en 1992.

No fue una sorpresa que el MPLA ganara el 82% de los votos en las elecciones de 2008. Ese ambiente era de poca oposición u oposición débil y fragmentada. Sin embargo, los negocios de la industria del petróleo y los diamantes prosperaban en asociación con el régimen autoritario. A pesar de la extrema pobreza generalizada en Angola, los fondos públicos fueron capaces de dejar desaparecer 32 mil millones de dólares de ingresos del petróleo desde 2007 hasta 2010.<sup>336</sup>

La Constitución de 2010, aunque incorpora los instrumentos internacionales de derechos humanos incluso el derecho a la salud, concede nuevos poderes al presidente y, en varios aspectos, es también una ley autoritaria que limita el ejercicio de la libertad de expresión y de reunión y manifestación, sobre todo de los que critican al presidente. Desde entonces, hay una continua violación de la libertad de expresión y de manifestación. La violencia política en contra de aquellos que pertenecen a los partidos políticos de la oposición, el uso abusivo de los recursos públicos y de la agencia nacional de comunicación social para apoyar al partido gobernante crea obstáculos al ideal de una transición democrática y convierten el sistema político en autoritarismo competitivo.<sup>337</sup>

El trauma y la desorientación provocados por la guerra, gradualmente cede a los cuestionamientos y debates de la sociedad civil pero no sin enfrentarse a un poder centralizado,

---

<sup>336</sup> HRW. “Angola Explain Missing Government Funds: State Main Oil Company is Focus of Investigation.” Nueva York, 21 de diciembre, 2011.

<sup>337</sup> Levitsky, S y Way, L. “The Rise of Competitive Authoritarianism”, *Journal of Democracy*, Volume 13, April 2002

sigiloso sobre sus acciones y violento. Las voces disidentes y de oposición al gobierno son censuradas o violentamente atacadas. Así fue en 2011, cuando al menos 21 personas (entre ellas, tres periodistas) fueron arbitrariamente arrestados durante manifestaciones populares contra o gobierno en Luanda.<sup>338,339</sup> El número total de detenidos durante las manifestaciones todavía es desconocido. La organización no-gubernamental de derechos humanos, *Human Rights Watch*, denunció el encarcelamiento de al menos 30 personas mantenidas en incomunicación o en sitios ignorados por sus parientes.<sup>340</sup>

Esa reacción de violencia extrema por parte del gobierno, mientras todavía no había llegado a niveles como en Rusia o China, es compatible con lo que describe Klein cuando el modelo neoliberal encuentra resistencias.<sup>341</sup> Es lo que la autora llama “opción Pinochet” en referencia al primer gobernante que explícitamente impuso las recomendaciones de Friedman.<sup>342</sup>

### **6.1.3. El Consenso de Washington**

La Escuela de Chicago y las enseñanzas de Friedman hicieron adeptos por todas las partes del mundo pero principalmente se hicieron presentes junto al poder en sus países y en las instituciones extra-gubernamentales. Los propulsores de la ideología del liberalismo puro y del tratamiento de choque están presentes en todos los continentes y sectores. Por ejemplo, la industria de seguridad, anti-terrorismo y las agencias de ayuda humanitaria, coexisten con regímenes autoritarios así como regímenes democráticos.<sup>343</sup>

---

<sup>338</sup> *Diário da África*. [Jornalistas Presos em Angola ao Cobrir Manifestação AntiGoverno](#). 7 de marzo de 2011.

<sup>339</sup> SIC Notícias. [Famílias exigem saber paradeiro dos presos na manifestação em Luanda e montam vigias junto a esquadras](#). 6 de septiembre de 2011.

<sup>340</sup> Alex Rodrigues para *Agência Brasil*. [Justiça de Angola condena jovens presos durante protestos contra o governo](#). 12 de septiembre de 2011.

<sup>341</sup> Klein, N. *Op. cit.*.

<sup>342</sup> Idem.

<sup>343</sup> Idem.

El rol del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial en lo que se conoce como el Consenso de Washington (*Washington Consensus*) es fundamental para comprender cómo la doctrina neoliberal fue insidiosamente exigida en los países cuando vivían sus momentos de crisis más críticos.

El FMI realizaba consultas periódicas en Angola por lo menos desde 1995.<sup>344</sup> En ese año, la embajada de Angola en Portugal reconoce explícitamente que las primeras privatizaciones fueron en respuesta a las negociaciones con el FMI y el Banco Mundial. En nota pública la embajada declara que:

“El avance hacia la privatización correspondió a la voluntad del gobierno de Angola de reestructurar su economía y alcanzar una mayor eficiencia y competitividad. Este punto ha sido uno de los temas centrales en las negociaciones con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial”<sup>345</sup>

En otras palabras, el rol directo del FMI y del Banco Mundial en Angola, aunque no tan explícito como en otras partes, es de igual carácter neoliberal. Fue así, en momentos democráticos, que el FMI impuso su tratamiento de choque al partido Solidaridad en Polonia y al ANC (Congreso Nacional Africano) en Sudáfrica, o por vías más violentas como en Iraq.<sup>346</sup>

## **6.2. La salud contra el choque**

La gran acumulación de capital propició la revolución industrial en el siglo XIX, la informatización y automatización en el siglo XX. Pero cuando la acumulación no se traduce en un salto económico que permite la distribución de la renta, se genera la crisis.

Para Karl Marx, la causa de la crisis es la pobreza y el subconsumo de las masas. Así, el sistema capitalista de producción es inestable y produce crisis cíclicas.<sup>347</sup> Economistas como

---

<sup>344</sup> FMI. *Staff Country Report* no. 95/122. Disponible en <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=627.0>

<sup>345</sup> Embaixada de Angola en Portugal, *Op. cit.* (traducción de la autora)

<sup>346</sup> Klein, N. *Op. cit.*

<sup>347</sup> Marx, K. *El Capital*, Libro III. Fondo de Cultura Económica. México, 1959.

Joseph Shumpeter creían que las crisis del capitalismo servían para ajustar los excesos del pasado. Gracias a su flexibilidad y adaptabilidad, el sistema capitalista estaba equipado con la figura del emprendedor, fundamental para la recuperación en momentos de crisis.<sup>348</sup> La gran acumulación de capital se hace necesaria para la transformación del modo de producción que, a su vez, emulsiona una distribución hasta la próxima acumulación. Con esa lógica, políticos como Delfim Netto en Brasil han defendido, el crecimiento económico como prioridad para solo después distribuir la renta creada.<sup>349</sup>

La acumulación y concentración del capital fue responsable de la crisis de la década de los 30 y, en uno de los grandes momentos de adaptación a una crisis mundial, el sistema capitalista de los Estados Unidos implementa el “*New Deal*,” programa adoptado por el Presidente Franklin Delano Roosevelt implementando políticas intervencionistas del Estado con base en las ideas de John Maynard Keynes. Keynes defendía que en momentos de crisis el gobierno debería intervenir con inversiones, sobre todo en creación de infraestructura, empleo y servicios sociales promoviendo un estímulo económico como forma de salir de la recesión.<sup>350</sup>

Keynes, desarrollando el concepto del multiplicador de la renta, demostró cómo los gastos del gobierno producían un incremento en la renta de la sociedad a través de la creación de nuevos trabajos pagados con salario que se traducían en consumo de bienes y servicios, aumentando la demanda de productos e incentivando el aumento de la oferta y la producción o el crecimiento económico.<sup>351</sup>

---

<sup>348</sup> Shumpeter, J. *Capitalism, Socialism and Democracy*. First Harper Perennial Modern Thought Edition. Nueva York, 2008.

<sup>349</sup> Lessa, C. “A Opção pelos Pobres e a Crítica de Delfim Netto.” *Valor Econômico*. 14 de febrero de 2007.

<sup>350</sup> Winkler, A. “The New Deal: Accomplishments and Failures.” Testigo ante el Comité sobre Bancos, Vivienda y Asuntos Urbanos del Senado de los E.E. U.U., 31 de marzo de 2009.

<sup>351</sup> Keynes, J. *The General Theory of Employment, Interest, and Money*. Classic House Books. Nueva York, 2008.

Como respuesta y resistencia a las ideas de Keynes del intervencionismo gubernamental, atacando directamente la idea de Estado regulador, en los años 70, el economista Milton Friedman, secundó la ideología liberal de Friedrich Hayek, emulsionó el concepto neoliberal globalizador que supervisa la liberación de los mercados y la reducción del rol del Estado en la gerencia de la economía.<sup>352</sup>

Friedman y los *Chicago Boys* (estudiantes de la Universidad de Chicago y seguidores de la doctrina de Friedman) desarrollaron medidas que enfatizaban la libertad como entidad principal en la sociedad: *el laissez-faire*. Creían que las organizaciones económicas que interferían con el mercado aunque fuera para promover el bien-estar social cometían infracciones contra las libertades individuales. Con ese enfoque defienden desde la apertura de los mercados internacionales con la revocación de las barreras y tarifas de comercio, hasta medidas que garantizaban que los bancos centrales deberían volverse independientes y autónomos. Las ideas de Friedman y de los *Chicago Boys* también apoyan y promueven las privatizaciones de las empresas estatales así como la externalización de las funciones del Estado, a veces de manera más radical que el propio Hayek, que no se oponía a la acción del Estado en funciones mínimas.<sup>353</sup> Friedman defendía que la función del Estado sería la de determinar las reglas del mercado, proteger las leyes y la libertad de los individuos, reforzar los contratos privados y promover mercados competitivos.<sup>354</sup>

El momento de la guerra y la posguerra también son momentos de crisis económica. Analizar los resultados alcanzados por las ideologías y recomendaciones de Friedman y Keynes es fundamental para comprender y anticipar el grado de éxito de sociedades en transición. La

---

<sup>352</sup> Klein, N. *Op. cit.*

<sup>353</sup> Hayek, F. *Camino de Servidumbre*. Alianza Editorial. Madrid. 2005.

<sup>354</sup> Friedman, M. *Op. cit.*

respuesta que resulta en desarrollo económico es más probable que contribuya al desarrollo democrático en una sociedad en transición, así como la frecuencia de crisis económicas pueden generar inestabilidad social y propensión a conflictos.

Los resultados del neoliberalismo pueden ser cuantificados en términos de las víctimas directas de la violencia en países que sufrieron intervención militar como en Iraq y Afganistán, de gobiernos autoritarios como en Chile, Rusia y China, todos que fueron desplazados de sus tierras y casas en Indonesia, Malasia y Tailandia, y todos los que perdieron sus trabajos y su red de apoyo social por todo el mundo.<sup>355</sup> Pero el dato estadístico más simbólico y globalizado es la concentración de renta. La riqueza mundial, en los últimos 10 años, ha crecido un 68%. Sin embargo, en 2012, el 1% de la población mundial tenía el 46% de la riqueza mundial. El 10% más rico poseía el 86% de la riqueza mundial.<sup>356</sup>

El análisis del tratamiento económico de choque en su extensión es importante porque no solo identifica el *modus operandi* más probable de ser implementado sino que también sugiere que la sociedad civil globalizada debe estar preparada con una respuesta a situaciones de crisis que tengan como objetivo principal garantizar que la reconstrucción sea, de hecho, un momento de recuperar bienes individuales y colectivos así como de garantizar sus derechos de antes de la crisis y avanzar con políticas de defensa y promoción de los derechos humanos. Según Klein:

“No siempre tenemos que responder a situaciones de choque con regresión. A veces, frente a una crisis, podemos crecer rápidamente.”<sup>357</sup>

En ese sentido, las inversiones inmediatas en sistemas de salud pública son fundamentales por tres razones principales:

---

<sup>355</sup> Klein, N. *Op. cit.*

<sup>356</sup> Reuters. “Richest 1% Hold 46% of World’s Wealth,” *Huffington Post*. 9 de Octubre de 2013.

<sup>357</sup> Klein, N. *Op. cit.*

(1) Primero, las inversiones en un sistema de salud pública posibilitan que las víctimas se recuperen del estado de trauma, desorientación y regresión permitiendo que puedan organizarse para recuperar lo que les era de derecho antes de la crisis.

Los efectos físicos y psíquicos de la guerra son duraderos y necesitan de apoyo especializado que posibilite la reintegración social de ex-combatientes y víctimas. Se ha avanzado en esto con precedentes importantes en dos áreas: la salud mental post-crisis y la reconstrucción después de catástrofes naturales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los conflictos o desastres naturales son responsables de problemas de salud mental que requieren asistencia a largo plazo.<sup>358</sup> Especialmente sobre la salud mental, la OMS defiende que los servicios de salud son fundamentales para la recuperación y el funcionamiento de la sociedad afectada. Según la OMS:

“Las situaciones de emergencia –a pesar de la adversidad y los desafíos que generan– son oportunidades para transformar la atención de salud mental. Y estas oportunidades no se pueden desaprovechar, porque los trastornos mentales, neurológicos y causados por el consumo de sustancias se cuentan entre los problemas más desatendidos en el ámbito de la salud pública, y porque la salud mental es crucial para el bienestar y la productividad generales de las personas, las comunidades y los países que se recuperan de una emergencia.”<sup>359</sup>

El informe de la OMS presenta 10 ejemplos concretos de algunos países que han implementado políticas de atención a la salud mental para responder a las necesidades creadas por trauma después de una emergencia. De hecho, el informe afirma que *“es posible volver a construir mejor, independientemente del grado de debilidad de un sistema de salud en cuestión o de lo grave que sea la situación de emergencia.”*<sup>360</sup>

---

<sup>358</sup> OMS. *Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. 2013.

<sup>359</sup> Idem.

<sup>360</sup> Idem.



La Tabla 6.1 resume los programas adoptados por los países citados en el informe de la OMS.

**Tabla 6.1 – Relación de programas de salud mental adoptados por países después de una emergencia<sup>361</sup>**

<b>País</b>	<b>Programa de salud mental post-emergencia</b>
Afganistán	En 2001, la salud mental fue declarada cuestión sanitaria de carácter prioritario y se adopta una Estrategia Nacional de Salud Mental. En un esfuerzo coordinado entre gobierno, ONG y donantes, se ofrecen servicios de psiquiatría básica e intervenciones psicosociales en las comunidades.
Burundi	El gobierno suministra fármacos psiquiátricos esenciales a través de su centro nacional de distribución de medicamentos. Se han establecido dispensarios de atención ambulatoria de salud mental en varios hospitales facilitando el acceso a tratamiento y medicamentos.
Indonesia	Después del tsunami de 2004, los servicios de salud mental de Aceh pasan a ser ofrecidos como servicios de atención primaria de salud y por hospitales generales del distrito
Iraq	Desde 2004, en los hospitales generales funcionan unidades de salud mental comunitarias. Se ha invertido significativamente en la formación de médicos generales, psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y asistentes sociales.
Jordania	Desde 2009, se ofrecen servicios de salud mental con base en la comunidad utilizando centros de salud mental comunitaria. Este programa contó con el apoyo de la OMS como co-implementadora de la intervención.

<sup>361</sup> Resumen de los ejemplos incluidos en el informe de la OMS, *Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. 2013.

Kosovo	Después de la guerra se desarrolló un plan detallado con objetivos a medio y largo plazo. Los servicios de salud mental son mantenidos por una organización central que distribuye los recursos financieros.
Somalia	Aunque la estructura gubernamental del país esté fragmentada, los servicios de salud mental fundamentados en la formación de trabajadores de salud tienen gran éxito. Mientras se desarrollaba el sistema de salud mental se hacía una campaña de información y educación en los medios de comunicación.
Sri Lanka	Después del tsunami de 2004 se crea una política nacional en materia de salud mental de atención descentralizada y basada en la comunidad.
Timor-Oriental	El Ministerio de Salud ha elaborado un plan estratégico general a largo plazo que se basa en un sistema de salud mental integral desde la comunidad.
Orilla Occidental y Franja de Gaza	El programa de salud mental guía la prestación de asistencia en la comunidad y de manera integrada a la atención primaria.

(2) En segundo lugar, hay un consenso de que las personas que se enfrentan a condiciones socio-económicas menos favorables tienen más problemas de salud y mucho se ha debatido sobre la relación entre salud y desigualdad económica. La reducción de las desigualdades también tiene un efecto importante en la recuperación post-traumática. Pero, ¿serían los sistemas de salud pública un medio efectivo de distribución de la riqueza en favor de los más pobres?

La distribución de la riqueza normalmente se refiere a una serie de medidas como políticas de renta mínima, impuestos progresivos, créditos y transferencias en servicios o

efectivos. Recientemente, las transferencias han ganado adeptos en varias partes del mundo e incluso el Banco Mundial ha defendido esa política como forma de combatir la pobreza extrema.<sup>362</sup>

Las transferencias pueden ser de carácter universal o delimitado, condicionadas (como el programa *Bolsa Escola* en Brasil, que condiciona las transferencias a resultados y parámetros en la educación) o no condicionadas. Las transferencias delimitadas o universales propician que las personas puedan adquirir los servicios y productos necesarios en el mercado. Sin embargo, si los servicios o productos demandados no están disponibles en el mercado, el impacto de las transferencias es limitado. Además, un aumento en el consumo sin reglas mínimas sobre la seguridad del trabajo o del ambiente, pueden generar problemas todavía más complejos de desigualdad en el acceso a la salud.<sup>363</sup> Así, se hace necesario que las políticas de transferencias sean complementadas con políticas que garanticen la provisión de servicios y productos de calidad. En otras palabras, las políticas monetarias de transferencia solamente no son suficientes para reducir las desigualdades en el acceso a la salud.

Las inversiones en un sistema de salud pública, sobre todo uno que utilice agentes de salud comunitaria como el presentado en el capítulo V, son una respuesta a la necesidad humanitaria de emergencia de las víctimas y de la población en general y permiten, al mismo tiempo, que se distribuya la riqueza de dos formas: la provisión de servicios de salud gratuita y el pago de salarios a los agentes comunitarios.

---

<sup>362</sup> Banco Mundial. *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. Policy Research Report. 2009.

<sup>363</sup> Cecchini, S., Madariaga, A. “Programas de Transferencias Condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe.” *Cuadernos de la CEPAL*, Naciones Unidas y Asdi. Santiago, Chile. Junio, 2011.

Un sistema de salud pública sería más eficaz que las transferencias financieras porque son, en efecto, transferencias de servicios a través de la generación de una actividad económica (el empleo de agentes de salud comunitarios) además de los efectos comprobados de reducción de casos de morbilidad y mortalidad.<sup>364</sup>

La provisión de un servicio de salud directo potencialmente es más viable políticamente y más efectivo en la reducción de las desigualdades sobre todo la provisión de servicios de salud básica.<sup>365</sup>

(3) En tercer lugar, las economías que se sujetan al tratamiento de choque neoliberal sufren consecuencias sociales extremas. Entre los sectores privatizados primero están la industria, las empresas de explotación de recursos naturales, los bancos y otros sectores percibidos como generadores de gran ganancia. La privatización del sector de salud pública es una etapa que se desarrolla más recientemente por presión de las empresas de biotecnología y farmacéuticas.<sup>366</sup>

Las inversiones en un sistema de salud pública como medida de respuesta a crisis o periodos de transición post-conflicto son un contrapunto importante a la tendencia y presión a la privatización de las funciones del estado del bienestar y son favorables al desarrollo de una cultura cívica. En primer lugar, un sistema de salud pública respeta y fortalece la función del gobierno y un acceso a los servicios de salud más equitativos permite un fortalecimiento de las estructuras sociales.

---

<sup>364</sup> Por ejemplo, en 2005, Macinko, Starfield y Shi demostraron que las inversiones que tienen como objetivo aumentar la asistencia de salud básica podrían reducir la muerte de 127.617 personas al año en los Estados Unidos. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502.

<sup>365</sup> Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. *Op. cit.*

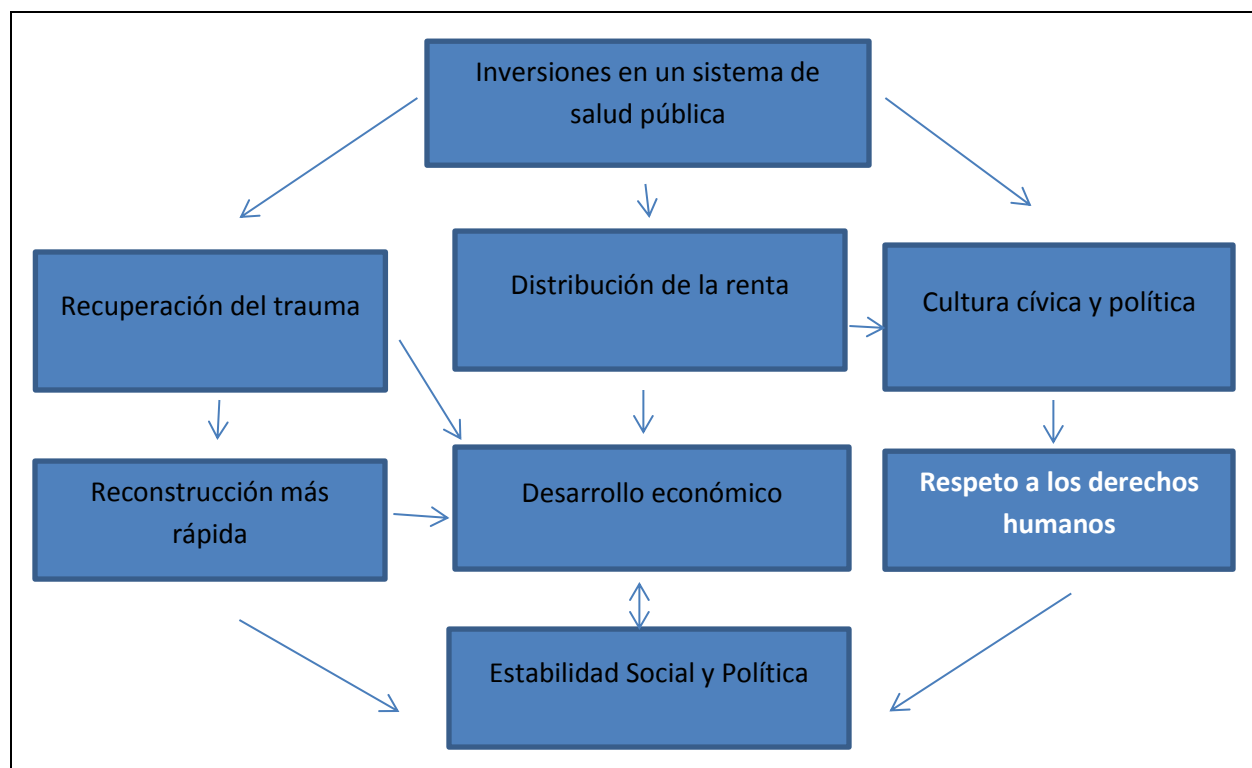
<sup>366</sup> Klein, N. *Op. cit.*

Segundo, las inversiones en un sistema de salud pública en la posguerra significan reorganizar las comunidades, el personal de salud, impartir formación adecuada y facilitar una supervisión continua. Es decir, se hacen necesarias inversiones principalmente en personal y servicios antes que en edificios.

Tercero, para tener éxito las decisiones sobre la salud pública tienen que garantizar un carácter participativo de forma consistente con la participación activa y política de los involucrados. Los distintos actores involucrados en el sistema de salud pública, desde los profesionales locales hasta los líderes, deben encontrar un consenso y trabajar en coordinación a partir de un marco acordado. Eso es compatible con los elementos que posibilitan una cultura cívica preparada para participar en las decisiones y negociaciones sobre sus necesidades y sus derechos.

La figura 6.1 (en la próxima pagina) demuestra las relaciones que resultan de inversiones en un sistema de salud pública. Las inversiones en un sistema de salud pública promueven la recuperación del trauma de la posguerra, la distribución de la renta a través de transferencia de servicios de salud y por el pago de salarios, y el desarrollo de una cultura cívica. Esas condiciones posibilitan la reconstrucción más rápida de la sociedad, el desarrollo económico y la promoción de los derechos humanos.

**Figura 6.1. Relaciones que resultan de inversiones en un sistema de salud pública durante momentos de transición post-conflicto**



En este capítulo se presentó la idea de que Angola sufrió la influencia del modelo neoliberal impuesto por el Consenso de Washington durante los momentos de transición de la posguerra. El modelo neoliberal se impuso por presiones extranjeras que se aprovecharon de un momento de trauma nacional, desorientación de la sociedad civil y debilidad de la oposición. Además, la élite política y económica opta por la privatización con objetivo de obtención de ganancias individuales deudas o por corrupción. De ese experimento, Angola logró privatizar sus pocas empresas en el sector de salud. Los resultados en la salud pública fueron catastróficos con cerca del 60% de la población sin acceso a servicios de salud. Pero Angola sigue en un proceso de transición y las inversiones en un sistema de salud pública son una oportunidad de volver a construir mejor.

## Capítulo VII - El impacto de la salud en otros derechos

***“Progress in health and education commonly comes from increasing access to services for disadvantaged groups. In almost any society today the children of elites finish school and have access to care that allows them to grow up healthy. This is not the case for the poor. But as access to health and education is broadened to include them, human development improves and inequalities level out.”***

– UNDP, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

No es difícil observar que las enfermedades y las epidemias resultan de características específicas y temporales de una comunidad y de una sociedad. A nivel del derecho internacional, hay un consenso de que las condiciones y los aspectos de acceso a la atención sanitaria, la alimentación, la vivienda, la educación y la prestación de servicios de salud determinan las necesidades en términos de salud pública de una sociedad. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la autoridad rectora y coordinadora para la salud dentro del sistema de las Naciones Unidas, define siete factores determinantes principales de la salud: (1) el agua potable, (2) un saneamiento adecuado, (3) alimentos seguros, (4) una nutrición adecuada, (5) una vivienda adecuada, (6) trabajo y condiciones ambientales saludables, (7) educación e información e (8) igualdad de género.<sup>367</sup>

En el campo empírico, se han desarrollado varios estudios que buscan explicar la relación entre los derechos humanos específicos, sobre todo la interdependencia entre la salud y la educación. En este capítulo se expone cómo los derechos fundamentales de condiciones mínimas de vivienda, alimentación, salud básica y educación tienen un carácter complejo que incluye varias dimensiones de otras libertades fundamentales.

Mientras el foco de este análisis es el derecho a la salud, se abordan conceptos y relaciones componentes del concepto de agencia (agency) como redefine Amartya Sen en el que

---

<sup>367</sup> OMS. Derecho a la Salud. Nota Descriptiva N°. 323. Noviembre, 2013.

la salud se sitúa en un sistema de complementariedad e interdependencia provocando efectos en la realización de los otros derechos humanos.<sup>368</sup> Además se presentan estudios empíricos realizados por varios autores demostrando la relación entre salud y educación. Para terminar, se hace una crítica a las políticas de salud pública frecuentemente implementadas en contextos post-conflicto que no tienen en consideración la interdependencia, la indivisibilidad y la complementariedad de los derechos.

### **7.1. El consenso sobre la interdependencia de los derechos a nivel internacional**

Se han desarrollado varias perspectivas de análisis de los derechos humanos (iusnaturalista, positivista, liberal, neo-liberal, igualitaria, consensual, moral, y ética) pero para comprender la interrelación, el impacto y los efectos de unos derechos sobre otros se hace necesario y útil abordar los derechos humanos a través de la teoría de las necesidades y derechos fundamentales. Comprender el derecho como necesidad básica significa reconocer que un individuo busca una situación concreta a través de relaciones de poder por medio de los derechos.<sup>369</sup>

Esta perspectiva tiene origen en la Escuela de Budapest, en el análisis de la tradición Marxista y las teorías de G. Lukács y A. Haller. Las necesidades surgen como respuesta de las interacciones de las personas con su contexto social. Es decir, las necesidades son producto de la acción humana que cambia continuamente en formas complejas adaptándose y respondiendo a estímulos del entorno en que uno se inserta. Con esa perspectiva se refuerza la idea de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos expresada en el “universal mínimo”

---

<sup>368</sup> Sen, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Companhia da Letras. São Paulo. 2000.

<sup>369</sup> Herrera Flores. J. “16 Premisas de una teoría crítica del derecho”. *Teoria Crítica dos Direitos Humanos*. Editora Fórum. 2011.



definido por Herrera Flores donde se garantiza “a todos la posibilidad de luchar por la dignidad humana.”<sup>370</sup>

A nivel internacional también se reconoce que algunos aspectos del derecho a la salud están claramente asociados a las libertades fundamentales como se describió en el capítulo II. Este análisis demostró que el derecho a la salud tiene aspectos que pueden ser entendidos como (1) la libertad de tomar las decisiones sobre la información con respecto a la salud de uno (el derecho a la privacidad); (2) la libertad de no tener un tratamiento médico sin consentimiento, como experimentos médicos y la investigación o la esterilización forzada; (3) la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; (4) la libertad de discriminación, distinción, exclusión o restricción basada en la edad, género, religión, etnia y/o de otra naturaleza.

Además de estar asociado a las libertades fundamentales, el derecho a la salud apoya la idea de libertad de agencia de un individuo, libertad de agencia entendida por la reflexión teórica de Amartya Sen que considera que un individuo con libertad de agencia tiene el conocimiento de que la sociedad informa sus acciones y tiene poder de decisión.<sup>371</sup> Así, garantizar la libertad de agencia, por un lado, es fundamental como componente de los derechos humanos pero, por otro lado, es una manera de garantizar la realización de los derechos humanos. Eso refuerza la idea de que los derechos humanos no son derechos estáticos. Son reflejo de relaciones sociales de poder y resultan de luchas sociales entre las clases hegemónicas y subordinadas.<sup>372</sup>

Siguiendo la argumentación teórica de Sen, que considera la educación como una capacidad básica (*basic capacity*) por su relación directa con la distribución de la renta, también

---

<sup>370</sup> Idem..

<sup>371</sup> Sen, A. *Op. cit.*

<sup>372</sup> Herrera Flores, J. *Op. cit.*

se puede atribuir a la salud la condición de ‘capacidad básica’.<sup>373</sup> Los argumentos utilizados por Sen para defender la condición de capacidad básica de la educación sirven también para explicar por qué la salud también es una capacidad básica.

Primero, la salud, como la educación, es un bien en sí mismo, es decir, la ausencia de salud puede generar pobreza. Cuando el adulto cabeza de una unidad familiar sucumbe a una enfermedad, eso genera costes financieros y le impide generar renta porque no puede trabajar o cuidar a los niños de la familia.<sup>374</sup>

En segundo lugar, la salud y la educación reproducen el ciclo de la pobreza y las inequidades sociales. Familias en circunstancias de salud difíciles normalmente no tienen las condiciones de escapar de la pobreza u otras situaciones de carencia. En ese sentido, estudios recientes del PNUD para el Informe Anual de Desarrollo Humano han demostrado cómo la salud afecta a las capacidades básicas para superar la pobreza y otros tipos de privación.<sup>375</sup>

La condición de enfermedad restringe las capacidades físicas y mentales de un individuo para ejercer su libertad de agencia política (*political agency*), de tener una visión crítica de sus derechos y su perspectiva de poder de decisión con la cual podría demandar respeto a sus derechos. Además, la condición de enfermedad, sobre todo para los pobres, constituye un impedimento al disfrute de su agencia política porque dificulta o imposibilita la organización y movilización de los individuos.

## **7.2. Un análisis empírico de los efectos de la salud en la educación**

Recientemente se han desarrollado varios estudios y experimentos que demuestran el efecto de la educación en la salud. Segundo Appleton, los análisis de la Encuesta sobre la

---

<sup>373</sup> Sen, A. *Op. cit.*

<sup>374</sup> ONU, *Human Development Report 2010*. P. 57

<sup>375</sup> ONU, *Human Development Report 2010*. P. 58.

Fertilidad Mundial (*World Fertility Survey*) y de la Encuesta sobre Demografía y Salud (*Demographic and Health Survey*) demuestran que en países en vías de desarrollo, la probabilidad de mortalidad prematura de niños es inversamente proporcional al nivel de educación formal de sus padres.<sup>376</sup>

Esos resultados no son una sorpresa. De hecho, la correlación entre la salud y la educación es ampliamente reconocida. Para fines del “Coste de Inacción”, un grupo de investigadores de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, del cual formaba parte la autora de esta tesis, descubrió que las inversiones en un sistema de educación en Angola implicarían varios beneficios no solo en relación con la salud.<sup>377</sup>

En 2012, el Coste de Inacción estimó que el primer año de un programa amplio de educación gratuita de calidad en Angola evitaría más de 100 muertes maternas y se evitarían también más de 2.000 muertes de niños con menos de cinco años. En cinco años del programa de educación gratuita y de calidad se evitarían aproximadamente 3.000 muertes maternas y más de 64.000 muertes de niños de menos de cinco años.<sup>378</sup>

El aumento de la escolaridad de la población también tiene un efecto reductor en la tasa de fertilidad total. Se estima que cada año de escolaridad es responsable de la reducción de la tasa de fertilidad total en un 10%.<sup>379</sup> Hay evidencias estadísticamente significativas de que los niveles de escolaridad aumentan la utilización de los servicios de salud.<sup>380</sup>

Además de la utilización de los servicios de salud, unos niveles de educación más altos son fundamentales para ampliar los conocimientos individuales sobre cuestiones de salud que

---

<sup>376</sup> Appleton, S., “Education and Health at the Household Level in Sub-Saharan Africa”. Center for International Development at Harvard University Working Paper N°. 33. enero 2000.

<sup>377</sup> Anand, S., Desmond, C., Marques, N., Fuje, H., *Op. cit.*

<sup>378</sup> Idem.

<sup>379</sup> Herz, B., Subbarao, K., Habib, M., Raney, L., “Letting Girls Learn: Promising Approaches in Primary and Secondary Education”, *The World Bank*, 1991.

<sup>380</sup> Vila, L., “The Non-monetary Benefits of Education”, *European Journal of Education*, N°. 35/1, 2000.

pueden ser vitales en un diagnóstico precoz que posibilite el tratamiento médico y determine las oportunidades de supervivencia.<sup>381</sup>

Las escuelas de calidad proporcionan un ambiente seguro para niños y niñas, donde pueden acceder a información sobre la prevención y tratamiento de enfermedades y, potencialmente, ser vinculados a otros servicios que necesiten.<sup>382</sup>

Un buen sistema de educación es importante para mejorar el bienestar de la población, incluyendo la salud general. En el contexto del VIH/SIDA, las escuelas pueden ayudar a prevenir y proporcionar una base para la estabilidad de los niños que sufren la enfermedad y la muerte de miembros de la familia. En Angola, como resultado de casi tres décadas de guerra civil y los altos niveles de pobreza, el acceso a la educación, la salud y otros servicios básicos es muy difícil. Como se ha analizado en el Capítulo I, en Angola, el acceso a una educación de calidad está limitada también por factores tales como la insuficiencia de profesores con formación y supervisión adecuada, clases superpobladas, falta de material escolar, infraestructura y un transporte escolar inadecuado o limitado. En parte, esos factores se deben a la destrucción durante la guerra y son agravados por los fenómenos de la posguerra, como el crecimiento acelerado de la población, la urbanización desorganizada, la pobreza, la infraestructura limitada y la escasez de profesionales. Esos fenómenos se convierten en una serie de obstáculos para las familias que, por ejemplo, frecuentemente tienen que pagar altos costes de transporte para llegar a las escuelas. Además, la escasez de escuelas y programas educativos es especialmente preocupante cuando los niños están en pre-infancia. Los primeros cinco años de vida de un niño son especialmente críticos para el desarrollo del cerebro y afectan a la capacidad del cerebro en

---

<sup>381</sup> Department of Health and Human Services, U.S., “Literacy and Health Outcomes”, *Evidence Report/Technology Assessment*, /87, 2004.

<sup>382</sup> UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Surveys 2: Manual”; New York, UNICEF, 2000.

las actividades futuras.<sup>383</sup> Sin embargo, los problemas del acceso a la educación en Angola no se inician en el periodo de transición post-conflicto. De hecho, antes de la paz, en 2001, la educación preescolar era casi inexistente: solo el 7% de los niños de 36 a 59 meses se inscribieron en programas educativos regulados;<sup>384</sup> cerca del 56% de los niños en edad escolar asistía a las escuelas;<sup>385</sup> y solo el 20% de los niños de 12 a 17 años asistían a la escuela secundaria.<sup>386</sup>

La educación primaria ha aumentado desde que la guerra terminó en 2002. No obstante, a pesar de avances significativos, un millón de niños aún está fuera de la escuela primaria.<sup>387</sup> Aún que los datos sobre la matrícula en Angola no estén ampliamente disponibles, los datos oficiales del gobierno informan que la tasa bruta de matriculación en la enseñanza primaria en 2003 fue de 91.1%.<sup>388</sup>

Los niños que están fuera de la escuela o en escuelas de mala calidad no solo pierden los beneficios de la educación, sino también los beneficios de los programas de atención primaria de salud y la distribución de alimentos y la salud que se ejecutan a través de las escuelas. Por ejemplo, las escuelas primarias angoleñas proporcionan medicamentos contra los parásitos en los niños como parte de un programa nacional. Entre 1999 y 2007, una iniciativa conjunta del Ministerio de Educación y el Programa Mundial de Alimentos ha distribuido merienda escolar en Angola. El acceso a servicios tales como la merienda escolar puede ser crucial para los niños cuyas familias se enfrentan a la pobreza o una enfermedad grave como la del VIH/SIDA. En estas situaciones el presupuesto familiar puede restringirse aún más y los niveles de consumo

---

<sup>383</sup> UNESCO, “Early Childhood Care and Education Regional Report Africa”, *World Conference on Early Childhood and Education; Moscow, Russian Federation, 27-29 September, 2010*.

<sup>384</sup> Republica de Angola y PNUD, ““Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: Relatório de Progresso 2005””, Luanda, Angola, 2005.

<sup>385</sup> Idem.

<sup>386</sup> UNICEF, “State of the World’s Children 2009: Maternal and Newborn Health”; New York, 2009.

<sup>387</sup> Idem.

<sup>388</sup> Republica de Angola y PNUD, “Objetivos de Desenvolvimento do Milénio” *Op. cit.*

pueden caer significativamente. La merienda que los niños reciben en la escuela puede ayudar a prevenir la desnutrición y otras consecuencias para la salud a largo plazo.

Otros estudios encuentran evidencias del impacto de la salud en la educación o en otros derechos. Hay grandes probabilidades de que enfermedades de niños o de otro miembro de su familia (morbilidad por SIDA, por ejemplo) tengan un efecto negativo en la frecuencia escolar. La mala salud afecta a la educación por un número de razones, tales como la asistencia más baja, menos años de aprendizaje y menos eficacia en la escuela. La mala salud y la desnutrición son perjudiciales para el desarrollo cognitivo, motor y socio-emocional. Sin embargo, estimar el impacto de la salud infantil en los resultados educativos es muy difícil debido a la falta de datos fiables y disponibles sobre todas las variables de interés.

También se ha buscado estimar los efectos positivos de la educación en la salud. El Banco Mundial argumenta que las mujeres que tienen más años de educación formal son más propensas a asegurarse de que sus niños estén inmunizados, están mejor informadas sobre las necesidades nutricionales de sus hijos, adoptan prácticas mejoradas de saneamiento y buscan auxilio médico para sus hijos cuando es necesario. Como resultado, sus bebés y los niños tienden a tener mayores tasas de supervivencia y estar mejor alimentados y más sanos. Así, el Banco Mundial estima que de media, un año adicional de escolaridad para niñas se asocia con una reducción del 5% al 10% en la tasa de mortalidad infantil.<sup>389</sup>

En Kenia, un programa de tratamiento de vermes tuvo un impacto positivo en el aumento de la frecuencia escolar.<sup>390</sup> Otro estudio realizado en Kenia informa de que los niños que recibieron meriendas escolares mostraron niveles más altos de actividad en juegos y desarrollo

---

<sup>389</sup> Herz, B., Subbarao, K., Habib, M., y Raney, L. *Op. cit.*

<sup>390</sup> Appleton, S., *Op. cit.*

social. En las tareas que implicaban juego de roles de liderazgo e iniciación de interacciones sociales, estos niños superaron a los niños que no recibieron merienda escolar.<sup>391</sup>

La merienda escolar también puede ser una poderosa herramienta para aumentar la matrícula escolar y la retención, y la nutrición de los niños. Por ejemplo, una intervención de la alimentación escolar en Paquistán, que proporciona almuerzos gratuitos en las escuelas para 4.035 niñas en los distritos más pobres del país dio lugar a un aumento del 40% en la matrícula escolar.<sup>392</sup>

La correlación es positiva incluso para países desarrollados. Por ejemplo, la oficina de la OMC en Europa publicó resultados de estudios realizados en países europeos y en los Estados Unidos que concluyen que una mejor salud en la infancia está vinculada a un tercio de un año más en la escuela. El informe de la OMC también cita que una enfermedad antes de los 21 años es responsable de la disminución de la educación en un promedio de 1,4 años.<sup>393</sup>

### **7. 3. Las necesidades de las sociedades post-conflicto**

Para alcanzar una condición de bienestar físico y mental, una sociedad y sus individuos deben conocer su contexto y sus necesidades específicas. No se debe ignorar la especificidad histórica y cultural de cada país y cada contexto en la elaboración de políticas de salud pública. Las necesidades de salud pública en sociedades post-conflicto no son las mismas necesidades

---

<sup>391</sup> Kristjansson, B., Petticrew, M., MacDonald, B., Krasevec, J., Janzen, L., Greenhalgh, T., Wells, GA., MacGowan, J., Farmer, AP., Shea, B., Mayhew, A., Tugwell, P., School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009

<sup>392</sup> Pappas, G., Agha, A., Rafique, G., Khan, KS., Badruddin, SH., Peermohamed, H. "Community-based approaches to combating malnutrition and poor education among girls in resource-poor settings: Report of a large scale intervention in Pakistan." *Rural and Remote Health* 2008; 8(3):820.

<sup>393</sup> Suhrcke M, de Paz Nieves C., *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of evidence*. OMC, Oficina Regional para Europa, Copenage, 2011. Otras conclusiones sobre los impactos de la salud en la educación citados por el informe son: (1) el efecto negativo en los resultados educativos de fumar o la mala nutrición es mayor que la del consumo de alcohol o drogas; (2) hay una significativa repercusión positiva del ejercicio físico en el rendimiento académico; (3) la obesidad y el sobrepeso se asocian negativamente con los resultados educativos; (4) los trastornos del sueño pueden afectar al rendimiento académico (5) la necesidad de más investigación sobre el efecto de la ansiedad y la depresión en los resultados educativos.

que en las sociedades estables o desarrolladas. El conflicto armado tiene profundos efectos en la salud y los sistemas de salud de un país. Es en esos contextos, en que las sociedades transitan desde un conflicto violento a un sistema político estable, que la interdependencia y la complementariedad de los derechos humanos se torna todavía más evidente.

Una gran parte de las víctimas de los conflictos armados son víctimas indirectas de la violencia y de la destrucción de los sistemas de salud y saneamiento básico. Por ejemplo, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) condujo una serie de estudios epidemiológicos y descubrió que entre 1998 y 2000, cerca de 1.7 millones de personas murieron en el conflicto de la República Democrática del Congo (RDC). De las víctimas, cerca de 200.000 muertes ocurrieron como resultado directo del conflicto armado y la gran mayoría de las muertes resultó de la destrucción del sistema salud, de la infraestructura y de los sistemas de distribución de alimentos.<sup>394</sup>

De hecho, es previsible que la esperanza de vida y otros indicadores de salud continúen bajos o empeoren durante varios años después del fin de los conflictos armados.<sup>395</sup> Los datos indican que en la mayoría de los países en situación post-conflicto, la reconstrucción de los sistemas de salud sigue siendo prácticamente inexistente en las políticas nacionales y las políticas de inversiones extranjeras por lo menos durante cinco años.<sup>396,397</sup> Además, la disponibilidad de sistemas, servicios de salud y productos o medicamentos de calidad no solo afectan a la salud individual y colectiva sino que también pueden tener un impacto inmediato y un efecto degradante progresivo y que a cada año en que no se presenta una política de salud

---

<sup>394</sup> Tuner, Thomas. *Congo Wars: conflict, myth & reality*. Zed Books Ltd., Nueva York, 2007. P.3.

<sup>395</sup> Rubenstein, Leonard S., *Post-Conflict Health Reconstruction: new foundations for U.S. Policy*. Working Paper. United States Institute of Peace. septiembre 2009.

<sup>396</sup> PNUD, *Resumen Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. 2013.

<sup>397</sup> Es necesario notar una excepción importante, Ruanda. En Ruanda, el gobierno y la comunidad internacional han invertido en programas de salud pública de forma progresiva desde el año 2000.



pública adecuada, la dimensión de las necesidades de las sociedades post-conflicto se vuelven crecientes.<sup>398</sup>

En ese sentido, las políticas de salud pública adoptadas en la transición post-conflicto deberían tener en cuenta la dimensión de las necesidades crecientes de esas sociedades.<sup>399</sup> Sin embargo, lo que se observa es que la políticas de salud pública adoptadas en contextos de posguerra frecuentemente son aisladas, restrictivas y contrarias, por ejemplo, a lo que se reconoce en varias resoluciones internacionales sobre derechos humanos, incluso la Declaración de Viena, de que los dos grupos de derechos humanos, aunque separados por dos pactos, son “universales e indivisibles, interrelacionados e interdependientes”.<sup>400</sup>

Esas políticas normalmente son a corto plazo y también son contrarias a lo que ha definido la OMS sobre los factores determinantes de la salud y el Alto Comisionado Responsable de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, defendiendo que los servicios de saneamiento también son factores determinantes básicos de la salud porque determinan las condiciones que afectan directamente a la realización del derecho a la salud.<sup>401</sup>

Un ejemplo de políticas de salud pública que se aplican en sociedades post-conflicto son las campañas de vacunación infantil. Las campañas de vacunación infantil son acciones de salud fundamentales e indispensables en situación de emergencia para prevenir que enfermedades evitables como el sarampión, el tétanos, la difteria y la polio se instalen entre los niños y los más

---

<sup>398</sup> PNUD, *Resumen Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. 2013.

<sup>399</sup> Rubenstein, Leonard S., *Op. cit.*

<sup>400</sup> ONU, Declaración de Viena. 1993.

<sup>401</sup> Aspectos de los derechos definidos por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas a menudo incluyen la percepción general del acceso y la prestación de asistencia sanitaria y los servicios relacionados con la salud. Algunos de estos derechos son: (1) El derecho a un sistema de salud pública y servicios de salud que garanticen una igualdad de oportunidades para todos de disfrutar del nivel más alto posible de salud; (2) El derecho a la prevención, tratamiento y control de enfermedades; (3) El acceso a los medicamentos esenciales científicamente aprobados; (4) La salud materna, infantil y reproductiva; (5) Acceso igual y oportuno a los servicios básicos de salud; (6) La educación y la información relacionada con la salud; (7) La participación de la población en la salud en relación con la toma de decisiones a nivel nacional y comunitario.

vulnerables. No se quiere aquí disminuir su importancia como política de salud pública. Lo que se quiere es entender ¿por qué la concepción de esas campañas en contextos de post-conflicto han tenido un éxito limitado en términos de la condición de salud general de esas sociedades y, a veces, han sido contraproducentes en el esfuerzo de esas sociedades de construir un sistema de salud pública de calidad? Una situación reciente bastante ilustrativa de esa situación es la crisis en el programa de vacunación contra la polio en Paquistán.

La polio es endémica en Paquistán y, en 2011, se registraron cerca de 198 casos.<sup>402</sup> Desde el estudio de caso de la situación en Paquistán se pueden hacer observaciones importantes que se aplican a otros contextos post-conflicto incluyendo a Angola.

Primero, se hace absolutamente necesario que esas políticas sean parte de una estrategia que desarrolle y fortalezca un sistema de salud pública nacional con un compromiso ético y médico. La utilización de la ayuda médica con fines militares por la Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos (CIA) que utilizó de una falsa campaña de vacunación en Paquistán fue contraria a la ética médica y humanitaria. Esa acción abusiva comprometió la confianza y la población en servicios de atención médica legítimos. Después de la operación de la CIA, la población paquistaní formada sobre todo por grupos islamistas ha expresado su oposición a las campañas de vacunación convencidos de que se trata de un complot de Occidente para esterilizar a los musulmanes. Las campañas se han suspendido mientras empleados de la OMS han sido asesinados cuando trabajaban en la operación sanitaria.<sup>403</sup>

Esta situación demuestra, no solo que las intervenciones de salud organizadas por el extranjero están sujetas a ideologías y prioridades ajenas a las necesidades de la población sino

---

<sup>402</sup> *Agencia Efe*, “Un nuevo ataque a la campaña de vacunación contra la polio.” 7 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/10/07/noticias/1381133615.html>

<sup>403</sup> Desconfianza y asesinatos de trabajadores sanitarios que trabajan en campañas de vacunación contra la polio también ocurrieron en Nigeria.

que también son implementadas en forma de acciones puntuales para mejorar determinados indicadores de salud sin incluir la participación activa de la población y abordar la reorganización de los sistemas de salud nacionales. Es decir, buscan tratar los síntomas sin provocar un cambio sistemático de los servicios de salud ni tratar las causas estructurales que originan los problemas. Las políticas de salud pública deben fortalecer a los Estados que a través de un proceso democrático y participativo en las comunidades debería definir cuáles son los problemas de salud específicos sobre los que se debe actuar y cómo. En vez de eso, las políticas puntuales de salud en la posguerra, como las implementadas en Pakistan y Angola, tienden a ser de carácter vertical y paternalista.

Segundo, es importante que el desarrollo de políticas de salud pública para contextos post-conflicto respete los principios de independencia, autonomía y autoridad local y que esté incluido en estrategias que coordinen políticas a medio y largo plazo. Esos principios constan en la Declaración de Alma Ata de 1978 donde en una reunión de la Asamblea General se definió el concepto de Atención Primaria a la Salud (APS) como forma de alcanzar la salud para todos.<sup>404</sup>

Desde la Declaración de Alma Ata, la APS pasa a incorporar distintas premisas e interpretaciones en diferentes partes del mundo. En particular, hay un movimiento que pasa a identificar distintos niveles de atención. Esos niveles determinan cómo los Estados deberían ubicar sus recursos financieros y tecnológicos en relación a los problemas de salud identificados por un análisis epidemiológico.<sup>405</sup>

En los años 80, durante la expansión del neoliberalismo y la reducción acelerada del rol del Estado, la atención primaria a la salud pasa a ser entendida como atención primaria selectiva

---

<sup>404</sup> OMS. Declaración de Alma Ata. 1978.

<sup>405</sup> Ase, I., Buriyovich, J. “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?” *Salud Colectiva*. V. 5, Nº. 1, enero/abril 2009.

donde las políticas y esfuerzos de salud pública son dirigidos a grupos de población precisos buscándose la maximización de la eficiencia en el uso de los recursos.<sup>406</sup>

En los años 90, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial también pasan a adoptar las políticas selectivas como estrategia de fortalecimiento de los sistemas de salud regionales.<sup>407</sup> Así, gradualmente las estrategias selectivas pasan a ser incluidas en las respuestas a situaciones de emergencia y programas de salud para sociedades post-conflicto. Sin embargo, la selectividad se traduce en la renuncia al principio de la integralidad en nombre de la eficiencia y la obtención de rápidos resultados a corto plazo y, como han explicado Ase y Buriijovich:

“los esfuerzos que se centran en salvar vidas infantiles sin combatir adecuadamente las causas de su pobreza y desnutrición pueden conseguir descensos en la mortalidad, pero pueden también aumentar los problemas a medio y largo plazo. Los altos niveles de hambre y enfermedad significan que la calidad de vida de los niños es deplorable; y cuando los niños están hambrientos y enfermos, o los niveles de vida se deterioran, es poco probable que el progreso en el descenso de la mortalidad pueda ser sostenido. Casi nadie afirmaría que no deben salvarse vidas infantiles allí donde sea posible. Pero sobrevivir no es suficiente. La supervivencia de los niños es una parte integrante del desarrollo y no debería ser separada de él.”<sup>408</sup>

Como la interdependencia e interrelación entre los derechos se nota más acentuada en contextos post-conflicto, el abandono del enfoque multicausal en nombre de políticas puntuales a corto plazo genera problemas serios que pueden ser contraproducentes para esfuerzo de desarrollar sistemas de salud nacionales que garanticen el más alto nivel de bienestar físico y mental de las poblaciones. De manera más evidente se hace necesario que la respuesta y las inversiones en sociedades post-conflicto sean estimuladas por criterios que comprendan la salud como necesidad básica y los principios de indivisibilidad y complementariedad de los derechos humanos.

---

<sup>406</sup> Idem.

<sup>407</sup> Idem.

<sup>408</sup> Idem.

## Capítulo VIII - La salud y la democracia

***“O problema da realização da democracia passa não só pela ambiguidade da expressão, mas sobretudo pela diversidade de meios possíveis para viabilizá-la. Na verdade, cada sociedade realiza como pode sua democracia e nós precisamos achar nosso próprio jeito.”***

– João Maurício Leitão Adeodato, en *Direito e Democracia*

Cuando en 1975, Agostinho Neto, Presidente de la República Popular de Angola y del Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) declara la independencia de Portugal cerrando un largo proceso de guerra independentista que se iniciara en 1961, el mundo es predominantemente autoritario. El autoritarismo estaba presente en América Latina, Portugal, España y la mayor parte de Asia y Oriente Medio.<sup>409</sup>

En esa época, las principales democracias del mundo estaban compuestas por países industrializados y que por convención pasaron a ser reconocidos como “países de primer mundo” (concepto obsoleto que se refería a los países ricos, industrializados, democráticos y aliados a los Estados Unidos durante la Guerra Fría), que después pasaron a ser denominados por los desarrollistas o estructuralistas como “países del centro” en las relaciones centro-periferia, o “países desarrollados económicamente”, término utilizado por las Naciones Unidas desde 1971.<sup>410</sup>

La explicación de los términos es importante por dos razones principales. Primero, porque se observa una gran disparidad entre los países desarrollados y los menos desarrollados en cuestiones de asistencia médica y sanitaria. Muchas de las enfermedades prevenibles, como la malaria y la tuberculosis han sido eliminadas en los países ricos, mientras siguen siendo uno de

---

<sup>409</sup> Diamond, L. *The Spirit of Democracy: The struggle to build free societies throughout the world*. Henry Holt and Company, New York, 2008. P. 259.

<sup>410</sup> Idem.

los principales problemas en los países menos desarrollados. En segundo lugar porque los términos reflejan una convención que asocia el desarrollo con la democracia y el bienestar social.

De hecho, como explica Larry Diamond, el sociólogo político Seymour Martin Lipset defendía que la democracia era posible en esos países porque los niveles de desarrollo también generaban altos niveles de educación de una gran clase media participativa e interesada en defender la libertad y responsabilidad (*accountability*).

En esos países democráticos se observaba una tendencia o preferencia por políticas moderadas de tolerancia con la disidencia y la oposición.<sup>411</sup> Pero, las condiciones para un sistema democrático definidos por Lipset no eran un prerrequisito y en los 20 años siguientes a la independencia de Angola, la democracia mundial experimentó un *boom* sustancial con la transición democrática que tuvo inicio con la Revolución de los Clavos (*Revolução dos Cravos*) en Portugal en 1974 y que alcanzó su punto más alto con la apertura político-económica de los países del bloque soviético en la década de los 90.<sup>412</sup>

Ese avance democrático en términos mundiales, así como el momento histórico en que se inserta, es un factor importante en la política en Angola. Este capítulo analiza cómo se desarrolla el proceso democrático angoleño y cómo la salud puede reforzar los principios democráticos de la sociedad angoleña.

Se entiende que el proceso democrático encuentra un ambiente favorable para su desarrollo en situaciones de transición como ocurre en Angola en la posguerra. Angola reúne condiciones fundamentales para el desarrollo democrático tales como una demanda de la población por ese tipo de orden político. Angola también posee recursos económicos y ausencia de conflictos basados en etnias. En ese contexto, la salud tiene el potencial de promover las

---

<sup>411</sup> Idem.

<sup>412</sup> Gonçalves, J. *O Descontínuo Processo de Desenvolvimento Democrático em Angola*. Centro de Estudos Africanos, Lisboa, Portugal, Setiembre de 2003.

estructuras democráticas porque promueve la participación y la cultura política. Los sistemas de salud impactan en la sociedad civil y la competitividad política.

### **8.1. El proceso democrático en Angola**

El proceso democrático angoleño refleja la relación de fuerzas de las clases políticas nacionales e internacionales en los contextos históricos en que están insertados. Se observan cuatro momentos históricos bien delimitados de estímulo al desarrollo democrático en Angola.

Esos momentos, según José Gonçalves, corresponden a períodos de transición política y social<sup>413</sup> que desafortunadamente no correspondieron a la concretización del sistema democrático o de los derechos humanos porque a cada esfuerzo de avance de los ideales democráticos se produjo una acción de respuesta violenta en el sentido contrario.<sup>414</sup>

El primer momento ocurre en la época colonial cuando la metrópoli, Portugal, vive un momento de transición entre la monarquía y la república (1910). De hecho, la transición en Portugal fue reforzada por la concesión de Portugal a Inglaterra de los territorios entre Angola y Mozambique (Zambia y Zimbabue), conocido como el mapa rosa.<sup>415</sup>

La concesión fue considerada como una gran humillación por los republicanos portugueses mientras que en Angola los ideales republicanos e ideas de independencia eran debatidos entre la élite nacionalista y publicados en los principales periódicos angoleños.<sup>416</sup>

En 1910 ocurre una de las primeras revueltas y protestas en Luanda duramente reprimidas por el gobierno republicano de la metrópoli incluso con ocupación militar y administrativa.<sup>417</sup>

---

<sup>413</sup> Idem.

<sup>414</sup> Idem.

<sup>415</sup> Idem.

<sup>416</sup> Idem.

<sup>417</sup> Idem.

El segundo momento importante ocurre durante la transición a la independencia (1975) cuando el régimen portugués se retiraba y nacía el régimen angoleño. Mientras el movimiento independentista en otras partes de África se basaba en grupos étnicos, en Angola la coordinación anticolonialista estaba organizada principalmente entre la resistencia *crioula* (criolla) (de origen mestizo e interracial africana-europea) y la tradicional (que se refiere a grupos culturales existentes antes de la colonización).

En general, los grupos proclaman la democracia como objetivo de lucha pero no el pluralismo.<sup>418</sup> Dentro de cada grupo independentista, no hay condiciones de tolerancia y apertura al debate político y las divergencias generan respuestas violentas.<sup>419</sup> Así, durante la independencia y el Acuerdo de Alvor, los tres movimientos nacionalistas principales —el Movimiento Popular para la Liberación de Angola (MPLA), la Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA) y el Frente Nacional de Liberación de Angola (FNLA) — se comprometen a un gobierno de transición que se derrumbaba rápidamente dando inicio a una guerra civil que costó cientos de miles de vidas, además de desplazar a millones de personas.<sup>420</sup>

El tercer momento favorable al desarrollo democrático corresponde al período entre los acuerdos de Bicesse (1991), el establecimiento del Estado de la República de Angola como un Estado Democrático de Derecho y las elecciones de 1992 establecidas por ley constitucional.<sup>421</sup>

En el mismo año de las elecciones, 1992, los principios del Estado Democrático de Derecho en Angola consagrados por ley sufrieron un retroceso con el reinicio de la guerra civil entre el MPLA y la UNITA.

---

<sup>418</sup> Idem.

<sup>419</sup> Idem.

<sup>420</sup> Chabal, P. *Op.cit.*

<sup>421</sup> Republica de Angola, Lei Nº. 23/92 de 16 de septiembre de 1992. (Artículo 1º y 2º)



Las negociaciones de paz que resultaron en los acuerdos de Bicesse entre el MPLA y la UNITA fueron efectivas en la garantía de avances legales pero no suficientes para garantizar la implementación de las leyes o su incorporación a la rutina de la sociedad. En otras palabras, la democracia formal no se concretó en una democracia real y de súbito fue interrumpida por una guerra civil que condenó a los angoleños a una lucha constante para ejercer el más elemental derecho a la supervivencia.

El cuarto y más reciente momento de transición, en 2002, crea una nueva oportunidad importante para el desarrollo democrático con el fin de la guerra por supremacía militar del MPLA sobre la UNITA, pero también por presiones sociales y el colapso socio-económico.<sup>422</sup>

En la posguerra, la democracia no es necesariamente el ideal prioritario en Angola, sobre todo cuando la paz fue obtenida por una victoria militar. No obstante, los ideales de estabilidad y seguridad son prioridades y están establecidas en el Memorando de Paz de Luena como *adenda* al Acuerdo de Lusaka (2002). En ese sentido, el gobierno angoleño adopta una serie de medidas distintas pero justa puestas en el proceso de promoción de la estabilidad y seguridad. Dentro de las medidas prioritarias similares en otros contextos de posguerra constan: (1) el desarme, (2) la desmovilización y (3) la reintegración de los excombatientes de la UNITA.

De manera general, pero no sin problemas, Angola ha logrado altos grados en las tres etapas previstas en el Memorando de Paz. Pero en una situación de posguerra, la estabilidad y la seguridad exigen todavía medidas a largo plazo que están asociadas al acceso a la justicia, la instauración del Estado de Derecho, la reconciliación y el desarrollo económico y social. Estructuralmente, esas medidas son condiciones favorables para el desarrollo democrático así como que pueden ser resultados de un sistema político democrático.<sup>423</sup> En otras palabras, aunque

---

<sup>422</sup> Gonçalves, J. *Op. cit.*

<sup>423</sup> Diamond, L. *Op. cit.*

la democracia no sea expresamente un ideal de la posguerra es una condición fundamental para la estabilidad y la seguridad de las sociedades post-conflicto. En este caso, mientras se consigue el objetivo de estabilidad y seguridad en Angola es importante promover las condiciones que garanticen un desarrollo democrático que presuponga condiciones importantes de respeto a las libertades fundamentales, los derechos humanos, así como al Estado de Derecho, con garantías específicas y una cultura cívica y participativa.<sup>424</sup>

Aunque se comprenda la posguerra como un momento propicio para el desarrollo democrático en Angola hay desafíos intrínsecos a ese proceso que se expresan tanto desde dentro de la sociedad angoleña como desde afuera en la coyuntura internacional. Por ejemplo, desde principios del siglo XXI, se observa un estancamiento del *momentum* democrático mundial, o de la tercera ola (*third wave*) descrita por Samuel P. Huntington. En el mundo se observa el deterioro de la democracia en Estados muy influyentes como Rusia al tiempo que se celebra el éxito económico del modelo chino de autocracia.<sup>425</sup>

La recesión democrática actual a nivel internacional también se puede expresar en términos de la dicotomía histórica entre los ideales de libertad (liberalismo) e igualdad (socialismo). Con el éxito de la expansión del modelo neoliberal desde la década de 80, la democracia se ve vinculada a decisiones macroeconómicas con tensiones crecientes, definidas por Diamond como la tercera paradoja, entre el consentimiento y la eficacia.<sup>426</sup> Es decir, el éxito de la democracia sigue vinculado a la idea de desarrollo económico que a su vez dependería de decisiones económicas (eficacia) y reformas poco populares (el consentimiento).

---

<sup>424</sup> No se ha usado el termino transición democrática principalmente debido a la crítica de Luvitsky y Way de que muchos países que se consideran en transición democrática son, en realidad, autoritarios competitivos.

<sup>425</sup> Diamond, L. *Op. cit.*

<sup>426</sup> Idem.

Una vez más, la transición de la posguerra en Angola está inserta en ese contexto con el agravante de que, desde la crisis financiera de 2008, se observa el resurgimiento de partidos extremistas en el mundo. La Unión Europea (UE), por ejemplo, que ha tenido un rol importante en la estabilización de nuevas democracias y la promoción de prácticas de cooperación entre sus miembros Estados-nación, se enfrenta al resurgimiento de partidos extremistas con riesgo para la cultura democrática y la tolerancia.<sup>427</sup> En otras palabras, el triunfo neoliberal que se asocia a los ideales democráticos en un primer momento se ve insostenible frente una contradicción generada por el propio neoliberalismo, que presupone un Estado mínimo y un mercado libre sin intervenciones, y la democracia, que se constituye como una forma de organización política y de derecho basada en la gerencia del Estado como espacio público donde los individuos, movimientos y grupos comunitarios pueden ejercer su poder de acción y decisión para satisfacer sus necesidades transformadas en derechos y crear nuevos derechos.

En 2013, se constata que Angola es un Estado competitivo autoritario (*competitive authoritarian*), concepto propuesto por Steven Levitsky y Lucan Way. Angola es Estado competitivo autoritario porque permite la existencia de instituciones democráticas mientras son frecuentes las violaciones de los principios básicos democráticos.<sup>428</sup> A pesar de las elecciones recientes, en 2012, declaradas libres y justas, el Estado angoleño, específicamente el MPLA, abusa de los recursos públicos, niega a la oposición recursos adecuados en los medios de comunicación, intimida a periodistas, oposición, y críticos del gobierno con amenazas o violencia.<sup>429</sup>

---

<sup>427</sup> Espada, J. C. "The Sources of Extremism", *Journal of Democracy*, Volume 23, octubre de 2012.

<sup>428</sup> Levitsky, S y Way, L. *Op. cit.*

<sup>429</sup> HRW. "Resumen por País: Angola." *Relatório Anual 2013*. NY, enero de 2013.

Sin embargo, la democracia es una aspiración en el continente africano<sup>430</sup> y una aspiración en la posguerra de Angola.<sup>431</sup> Pero como se ha observado, las leyes no son capaces de garantizar una democracia real y cada país debe desarrollar su forma de democracia. De esa manera, las decisiones políticas de la posguerra no solo afectan sino que determinan el futuro del sistema político de un país, sea democracia o autoritarismo.

Al identificar las características de los regímenes competitivos autoritarios Levitsky y Way señalan también la existencia de cuatro escenarios de contestación a esos regímenes: (1) la arena electoral, (2) el campo legislativo, (3) el judicial y (4) los medios de comunicación. En los escenarios de contestación, el Estado competitivo autoritario busca el control y la imposición de sus decisiones.

Es así en Angola. Pero es posible que se presente todavía otro escenario de contestación no prevista por Levitsky y Way: los sistemas sociales y el sistema de salud pública. En Angola, como pasa con frecuencia en contextos post-conflicto, los sistemas de salud pública están en formación. El desarrollo y las decisiones sobre el sistema de salud pública pueden servir como terreno de resistencia al autoritarismo, sobre todo cuando los otros escenarios de contestación citados se encuentran comprometidos por la manipulación económica o política o por la violencia.

## **8.2. La demanda por democracia en Angola**

Amartya Sen presenta, como el más significativo desarrollo del siglo XX, la idea de democracia como un valor universal. La democracia pasa a ser un valor universal cuando gente de todas partes es capaz de reconocer el valor y desear la democracia como sistema político.<sup>432</sup>

---

<sup>430</sup> Diamond, L. *Op. cit.*.

<sup>431</sup> Gonçalves, J. *Op. cit.*.

<sup>432</sup> Sen, A. "Democracy as a Universal Value," *Journal of Democracy*, Volume 10, Julio 1999.

En todas las partes del mundo, la democracia no solo es deseable o aceptable sino que, cuando hay retrocesos, la gente está dispuesta a poner su vida en riesgo para defender la democracia.<sup>433</sup>

De hecho, actualmente, la democracia es una aspiración global. Las personas quieren expresar sus opiniones sin opresión y quieren elegir a sus representantes. Si un Estado tiene en consideración la opinión de sus ciudadanos es probable que ellos tengan como preferencia el sistema democrático.<sup>434</sup> La Declaración Universal de los Derechos Humanos en el Artículo 21(3) proclama que:

“La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.”<sup>435</sup>

La aspiración a la democracia no es diferente en África donde los esfuerzos de independencia resultaron muchas veces en autoritarismo y opresión post-colonial. La truculencia de los regímenes coloniales seguidos de la brutalidad de los regímenes autoritarios post-coloniales creó una gran demanda de democracia.<sup>436</sup>

Esa demanda puede ser constatada, en parte, desde el análisis de los barómetros de democracia para el continente africano (el Afrobarómetro). El Afrobarómetro de 2005 y 2006, después de consultar una media del 62% de la población en 18 países africanos, descubrió que el 75% de los africanos considera la democracia como sistema preferible siempre.<sup>437</sup>

---

<sup>433</sup> Idem.

<sup>434</sup> Diamond, L. *Op. cit.*

<sup>435</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 21(3). 1948.

<sup>436</sup> Diamond, L. *Op. cit.*

<sup>437</sup> Ibid. P. 257.

En África, tres a cada cinco ciudadanos se pronuncia a favor de la democracia frente a cualquier otra forma de gobierno, excediendo la proporción de ciudadanos con la misma opinión en América Latina o en los países de la antigua Unión Soviética.<sup>438</sup>

La demanda de un sistema democrático es también una demanda consciente. El 54% de los entrevistados por el Afrobarómetro definen democracia con términos procesuales de protección de las libertades civiles, la participación en la toma de decisiones, votos en elecciones y reformas gubernamentales.<sup>439</sup>

Desafortunadamente no están disponibles datos específicos sobre la opinión y preferencia de los angoleños pero es posible observar algunos indicativos de formas de resistencia al autoritarismo, condiciones favorables al desarrollo democrático así como también los principales desafíos. La expresión de las resistencias activas en Angola coinciden con las condiciones favorables al desarrollo democrático<sup>440</sup> y son principalmente de naturaleza (1) política - período de transición en la posguerra; (2) económica - Angola es un país rico, sobre todo, debido a las reservas de petróleo; y (3) social - ausencia de conflictos étnicos acentuados.

En continuación se explican las principales condiciones políticas favorables al desarrollo de la democracia en Angola:

(1) Condiciones políticas de transición: Implementar lo nuevo es más fácil que modificar lo existente. Los períodos de transición son momentos favorables para el cambio de estructuras y la implementación de nuevas políticas para promoción de los derechos humanos y la democracia. Eso es porque las transiciones son momentos a los que las sociedades se aproximan desde una *tabula rasa*, en el concepto de Aristóteles, donde no hay nada escrito y, consecuentemente, todo

---

<sup>438</sup> Ibid. P. 33.

<sup>439</sup> Ibid. P. 259.

<sup>440</sup> Idem.

es posible.<sup>441</sup> Esa situación es visible durante e inmediatamente después de la independencia, cuando los portugueses abandonaron el país. Como ocurrió en Mozambique, pero no en los mismos niveles, los portugueses atacaron algunas de las estructuras físicas del país como forma de represalia contra los independentistas.<sup>442</sup> Pero, más significativamente, al salir los portugueses dejaron un vacío en la administración pública que rompía con la organización social del país. La República de Angola se contruye en ese vacío llenado por el gobierno del MPLA y restringido debido a la guerra que inmediatamente sigue la independencia.

Como hemos visto, los acuerdos de paz que se celebran no logran un efecto duradero y en el periodo de guerra de casi tres décadas no son propicios para el desarrollo democrático que exige como condición básica la abdicación de todas las formas de violencia. Después de la independencia (1975) el siguiente momento de transición ocurre con la paz consagrada que sigue a la victoria militar del MPLA (en 2002) sobre la UNITA. Durante la guerra de Angola las estructuras e instituciones fueron destruidas física y conceptualmente y se hace necesaria la reconstrucción de prácticamente todo.<sup>443</sup> Es lo nuevo, o la *tabula rasa*, sobre todo a nivel de instituciones y sistemas.

(2). Condiciones económicas: Angola es un país rico. La economía está impulsada, en gran parte, por la vasta riqueza del país en recursos petrolíferos, diamantes, oro, mineral de hierro y otros tipos, y con sus redes de industrias de apoyo. Los crecientes precios del petróleo han dado lugar a un rápido crecimiento del PIB, que pasó de 19,8 mil millones de dólares en 2004 a 30,6 mil millones de dólares en 2005, 45 mil millones en 2006, y 59,3 mil millones en

---

<sup>441</sup> Aristotle, "On the Soul, Book III", en *Aristotle I, Great Books of the Western World*, Volumen 8, Editora Mortimer J. Adler, Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1952.

<sup>442</sup> Global Black History, *Why the Portuguese are returning to Mozambique*, septiembre 13, 2002.

<sup>443</sup> Gonçalves, J. *Op. cit.*.

2007.<sup>444</sup> A pesar de la desaceleración económica en el segundo semestre de 2008 con la crisis mundial, Angola logró un aumento del 15% en el PIB real - con el PIB estimado en 83,8 mil millones dólares en 2008.<sup>445</sup>

Además del petróleo, Angola es el quinto mayor productor de diamantes del mundo en términos de valor. En 2007, la empresa de diamantes de propiedad estatal, Ediam, extrajo 9,7 millones de quilates de diamantes que produjeron 1.3 billones de dólares en ingresos, y la compañía tiene previsto ampliar la producción todavía más.<sup>446</sup>

El fuerte crecimiento económico administrado por empresas estatales proporciona ingresos al gobierno. De hecho, los ingresos del gobierno han disminuido del 78% en 2005 al 55,5% en 2006.<sup>447</sup> No obstante, los aumentos en los ingresos del gobierno han dado lugar a solo un modesto incremento del gasto público en los servicios relacionados con la infancia, la salud y la educación desde 2002.<sup>448</sup> Situación que podría ser revertida ya que existen los recursos financieros para ello. Como se ha citado anteriormente, los niveles de riqueza están frecuentemente asociados a niveles de desarrollo democrático. Cuanto más ricas son las sociedades, mayor es la probabilidad de que se organicen en sistemas democráticos. De entre las explicaciones para ese fenómeno destacan el crecimiento de una clase media que pasa a exigir una mayor participación en la política del país y mayor interés en las decisiones políticas una vez que las necesidades básicas están cubiertas.

(3) Ausencia de tensiones étnicas: Históricamente, el MPLA se ha asociado con el origen étnico Mbundu en la región occidental y litoral del país, y la UNITA se ha asociado con la etnia

---

<sup>444</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.

<sup>445</sup> Idem.

<sup>446</sup> Jamasmie, C. *Op. cit.*

<sup>447</sup> Banco Mundial, European Commission, Food and Agricultural Organization, et al., *Angola Public Expenditure Review. Volume II: Sectoral Review*.: The World Bank, 2007.

<sup>448</sup> República de Angola. *A World Fit for Children: Actions Undertaken to Meet the Commitments to the United Nations General Assembly Special Session on Children 2002-2006*. Luanda, Angola: República de Angola, 2007.



Ovimbundu en el sur y centro de Angola. Se ha sugerido que el MPLA ha discriminado a los grupos Bakongo (predominantes en el norte de Angola) y a los Ovimbundu, dos de los mayores grupos etnolingüísticos del país.<sup>449</sup> Sin embargo, un estudio sobre las dimensiones regionales y étnicas de Angola 2003 no encontró evidencia de que las áreas pobladas predominantemente por grupos Ovimbundu hayan sido objeto de discriminación en cuanto a la localización de servicios de salud públicos o en la asistencia alimenticia en la posguerra. El estudio argumenta que es posible que las disparidades económicas actuales que se observan entre regiones y provincias angoleñas se deban a los conflictos del pasado y no a prácticas de discriminación actuales.<sup>450</sup>

Las condiciones favorables para un desarrollo democrático también encuentran desafíos importantes que tienden a tener un impacto en los posibles efectos generados. Entre los desafíos destacan: (1) la proximidad y relaciones con Occidente y China; (2) la riqueza en forma de petróleo y (3) la poca participación de una sociedad civil incipiente.

La proximidad y las relaciones con Occidente, en principio, deberían primar el fomento de una cultura democrática. Las relaciones de Angola con Occidente son de larga duración. Desde la época colonial, la capital angoleña, Luanda, se consideraba como la ciudad más occidental del África Austral. Significativamente, Angola siempre estuvo presente en las principales disputas imperialistas, ya fuera durante la disputa por el mapa rosa entre Portugal e Inglaterra, ya durante la Guerra Fría, con los principales movimientos independentistas de Angola apoyados por los Estados Unidos y Sudáfrica por un lado y por Cuba, China y la Unión Soviética por otro.<sup>451</sup> No obstante, en un mundo globalizado, la influencia de Occidente se opone

---

<sup>449</sup> Minorities at Risk Project. *Assessment for Ovimbundu in Angola*. College Park, MD: University of Maryland, College Park, Center for International Development and Conflict Management, 2000.

<sup>450</sup> Agadjanian V, Prata N. "Civil war and child health: regional and ethnic dimensions of child immunization and malnutrition in Angola". *Social Science and Medicine* 2003; 56(12):2515–2527.

<sup>451</sup> Hodges, T. *Op. cit.*

a la competencia de los ideales o al pragmatismo de otros sistemas, más específicamente en el caso de Angola, a la influencia del sistema chino.

Más recientemente se observan en Angola disputas entre los intereses económicos de los Estados Unidos y de China, principales importadores e inversores en la economía de Angola. De esa manera, no es difícil notar cómo las tensiones internacionales se reflejan en la política nacional. En el pasado, por ejemplo, la influencia occidental provocó el legalismo y la adopción de medidas y normativas democráticas como la convocatoria de las elecciones negociadas en los acuerdos de Bicesse (1991). Pero, más recientemente, las medidas llamadas democráticas se convierten en prácticas híbridas que reflejan al mismo tiempo los ideales de la democracia y los métodos autoritarios. El gobierno utiliza formas sofisticadas de corrupción, cooptación y presión legal para limitar la actuación de la oposición sin generar grandes protestas.<sup>452</sup> Esa posición híbrida favorecida por la globalización de los mercados permite que el gobierno se aísle de críticas y presiones internacionales buscando socios comerciales según sus afinidades e intereses en cada momento.

La riqueza de Angola se basa principalmente en la explotación de recursos naturales como el petróleo y los diamantes. El petróleo crudo representa entre el 40% y el 50% del Producto Interior Bruto (PIB), el 90% de las exportaciones y el 90% de los ingresos del gobierno angoleño.<sup>453</sup> Como indicación de su magnitud, en 2007 los ingresos del petróleo de Angola de 22,5 mil millones de dólares superaron los 21,5 mil millones de dólares en el total neto de ayuda al desarrollo bilateral a todos los estados del África subsahariana del Comité de Ayuda al Desarrollo de Donantes de la OCDE.<sup>454</sup>

---

<sup>452</sup> HRW. "Resumen por País: Angola." *Op.cit.*

<sup>453</sup> Banco Mundial, *Angola: Petroleum sector non-lending technical assistance*. Disponible en: <http://go.worldbank.org/M69ZBBCQ00>2010>

<sup>454</sup> FMI. *World Economic Outlook Database*. Washington. DC: IMF, 2009.

El petróleo es un regalo y al mismo tiempo una maldición, la “maldición de los recursos/del petróleo” (*the oil curse*), para la economía angoleña constituyendo un desafío al desarrollo de la democracia. De hecho, la mayoría de los países exportadores de petróleo son regímenes autoritarios.<sup>455</sup> Eso es porque la riqueza fácil proveniente de la explotación del petróleo provoca problemas como corrupción y el fenómeno del “Mal Holandés” (*Dutch Disease*), o la paradoja de la abundancia, ciclo por el cual, la riqueza producida por la venta del petróleo provoca una gran disponibilidad y circulación de recursos monetarios facilitando las importaciones de todo. Cuando es más barato importar productos, la producción nacional no es competitiva y la economía se vuelve todavía más dependiente de la venta del petróleo.

Además, la dependencia del país del petróleo como principal fuente de ingresos hace que los gastos del gobierno sean vulnerables a las fluctuaciones del precio del petróleo.<sup>456</sup> Finalmente, la riqueza producida se concentra y no revierte en la población en general y todavía menos en la población de las generaciones futuras.<sup>457</sup>

La participación activa de la sociedad civil es fundamental para el desarrollo de la democracia. Rosario Valpuesta, profesora y Rectora de la Universidad Pablo de Olavide expresó esa visión de manera muy completa en un seminario titulado “De la Democracia representativa a la Democracia real”. Según Valpuesta, “*Los derechos se ganaron en la calle... Los derechos no se ganaron en el parlamento. Llegaron al parlamento por presiones sociales.*”<sup>458</sup> La sociedad civil en Angola actualmente frágil está actualmente debilitada. La sociedad civil, definida por grupos voluntarios y autónomos que respetan las leyes, contribuye al proceso democrático de muchas maneras, principalmente a través de: (1) la difusión de información e ideas democráticas

---

<sup>455</sup> Diamond, L. *Op. cit.*

<sup>456</sup> Corkin, L. *Op. cit.*

<sup>457</sup> Idem.

<sup>458</sup> Valpuesta, R. en seminario de la Universidad Pablo de Olavide, “De la Democracia representativa a la Democracia real.” julio y agosto de 2013. [notas de la autora]

que estimulan la participación política y cívica; (2) el control de las instituciones democráticas y contestando a los abusos de poder a través de mediación o movilización pacífica; (3) la articulación y la representación de los intereses de distintos grupos y (4) el reclutamiento y la formación de nuevos políticos.<sup>459</sup>

En Angola, la expresión sociedad civil durante la primera elección post-independencia (1992) era de gran amplitud e incluía desde micro-grupos de intelectuales hasta organizaciones cooptadas por partidos políticos.<sup>460</sup> En poco tiempo aparecen sindicatos, organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales e internacionales, pequeños periódicos y organizaciones ligadas a la iglesia católica. Esas organizaciones pasan a ejercer resistencia activa por la paz y los derechos humanos.<sup>461</sup>

En la posguerra, la sociedad civil de Angola experimenta dos choques que tienen un impacto en su actuación. Primero, se observa una retirada de las principales Organizaciones No Gubernamentales (ONG) internacionales y, segundo, el gobierno crea leyes autoritarias que restringen el trabajo de las ONG nacionales y de la iglesia católica, sobre todo de la radio de la iglesia católica, Radio Ecclesia.<sup>462</sup>

La ausencia de una sociedad civil activa añadida a la concentración política y la debilidad de la oposición al MPLA ha contribuido a la reducción de la responsabilidad del MPLA con la población y de los instrumentos de monitorización de las acciones del gobierno. Por ejemplo, las propuestas de presupuesto del gobierno no se debaten públicamente y no se hacen

---

<sup>459</sup> Diamond, L. *Op. cit.*

<sup>460</sup> Gonçalves, J. *Op. cit.*

<sup>461</sup> Idem.

<sup>462</sup> HRW. "Resumen por País: Angola." *Relatório Anual 2013*. NY, enero de 2013.

comparaciones entre los gastos presupuestados y los resultados reales efectuados. Esa situación representa un desafío importante para el desarrollo democrático en Angola.<sup>463</sup>

### **8.3. El impacto de la democracia en la salud**

Varios estudios han demostrado la importancia y el impacto de la democracia en el avance de la salud pública. Un régimen autoritario no es capaz de responder a una epidemia de forma eficaz. Por ejemplo, recientemente, se vivió el caso de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo y Grave (en inglés, SARS) que empezó en China en 2002 y 2003 pero que alcanzó proporciones globales.

El gobierno chino en su tradición autoritaria tuvo como primera reacción restringir y censurar la información sobre el SARS para después tratar de promover la desinformación utilizando propaganda de acciones ficticias del gobierno para combatir el SARS. La crítica mundial y de la vigilancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en evidencia las condiciones de falta de libertad de información y de expresión en China como contraproducentes para poder avanzar hacia el acceso a servicios de salud.<sup>464</sup>

Por otro lado, otros estudios demuestran un efecto positivo de la democracia en la salud. Por ejemplo, hay una correlación entre la esperanza de vida y la democracia y, de modo general, las intervenciones y políticas de salud pública son superiores en los sistemas democráticos.<sup>465</sup>

La correlación entre democracia y salud no significa que haya un efecto causal entre democracia y salud, o que la causa vaya en una dirección. Lo que sí se puede afirmar con base en

---

<sup>463</sup> Corkin, L. *Op. cit.*

<sup>464</sup> Ruger, J.P., "Democracy and health". Commentary, QJM International Journal of Medicine, Volume 98, Issue 4, PP 299-304.

<sup>465</sup> Besley, T., Kudamatsu, M. "Health and Democracy". Departamento de Economía, London School of Economics. Londres, 10 de enero, 2010.

la demostrada correlación entre la democracia y la salud es que cuanto más liberal es la democracia, más alto es el nivel de salud de la población.

También se puede decir el revés, cuanto más alto es el nivel de salud más alto es el grado de democracia de un país. Esa segunda constatación, aunque no muy explorada en la literatura es justificable porque un sistema de salud promueve áreas que legitiman el sistema democrático por medio de: (1) un Estado de Derecho e instituciones políticas democráticas; (2) la participación activa de individuos y una cultura política; (3) el desarrollo de la sociedad civil y de una cultura cívica; y (4) el incentivo a la competitividad política. En continuación se analiza cómo la salud influye en cada uno de esos aspectos.

### **8.3.1. La salud, el Estado de Derecho y las instituciones políticas**

La aplicación y el cumplimiento del derecho a la salud, incluso la obligación de desarrollar políticas y planes de acción nacionales para responder a cuestiones de salud pública, dependen fundamentalmente de la acción legislativa y judicial. Dependen de un Estado de Derecho a nivel nacional que reconozca los acuerdos nacionales e internacionales en derechos humanos así como la aplicación de las leyes por instituciones judiciales y tribunales nacionales.

Boettke y Sustrick han estudiado la relación que existe entre los indicadores de salud y desarrollo y el Estado de Derecho. Los economistas políticos encuentran que los avances en el indicador del Estado de Derecho (una medida que expresa la confianza de varios agentes en las normas de la sociedad, sobre todo en la calidad de la policía, de los tribunales y otras instituciones legales), está positivamente correlacionado con una serie de indicadores de la salud como (1) la esperanza de vida, (2) la mortalidad infantil, (3) los gastos públicos en salud, (4) el número de camas en hospitales, (5) el nivel de inmunización básica de los niños, (6) el número

de médicos y (7) el número de partos seguros.<sup>466</sup> En otras palabras, la conclusión era que un Estado de Derecho lleva a avances en los indicadores de salud por vías directas o indirectas y a través del nivel de desarrollo.

### **8.3.2. La participación activa y la cultura política**

Por principio, las decisiones sobre la salud pública tienen un carácter participativo. Primero, decidir cuáles son los problemas, las necesidades y las prioridades de una sociedad. Segundo, los programas de salud pública están diseñados para incluir y priorizar la asistencia a las poblaciones afectadas o vulnerables. Tercero, todos los programas de salud pública reconocen la importancia de la participación activa de las poblaciones. Ningún plan de salud pública tendrá éxito sin la aceptación y participación activa de la comunidad. Un medicamento no tendrá el efecto deseado sino se aplica según las indicaciones médicas. A su vez, el paciente tiene que aceptar su condición, aceptar el tratamiento, tener un nivel de comprensión sobre el tratamiento y, en la mayoría de los casos, activamente decidir seguir las indicaciones. Esa participación consciente y activa es una forma de libertad de agencia que puede ser transferida de la salud personal a la salud de la familia y a la salud de la comunidad. Así, la distribución de los recursos relacionados con la salud para atender a prioridades determinadas reconoce que la participación es integral al proceso de promoción de la salud. Una sociedad con más cultura política y participativa en cuestiones de salud pública puede generar un debate político en el que candidatos con diferentes visiones se disputen los votos y tengan un incentivo para responder a las demandas socio-económicas de su comunidad.

La participación y la libertad de agencia también pueden ser transferidas a otros problemas sociales o económicos como forma de promover una transparencia y rendición de

---

<sup>466</sup> Pham, P., Vinck, P., Weinstein, H. *Human Rights, transitional justice, public health and social reconstruction*. Social Science and Medicine 70, 2010. P. 98-105.

cuentas explícita del Estado. El sistema democrático es un sistema que se basa en el consentimiento de los gobernados que se sostiene sobre la participación cívica y política de los ciudadanos. Como los individuos normalmente buscan satisfacer sus necesidades básicas antes de ingresar en temas políticos o cuestiones post-materialistas relacionadas con la felicidad y valores de auto-expresión, garantizar el acceso a la salud, como la garantía de los derechos humanos, es fundamental para que esos individuos puedan movilizarse y participar activamente de los procesos políticos y democráticos.

### **8.3.3. El desarrollo de la sociedad civil y de la cultura cívica**

El movimiento de respuesta al VIH/SIDA es un ejemplo del avance de la salud pública por vía de la sociedad civil. De hecho, la historia de la defensa del derecho a la salud está íntimamente ligada al activismo generado por la crisis del VIH/SIDA y la actuación de la sociedad civil en los Estados Unidos y Europa Occidental. Es importante observar que la sociedad civil, entendida como entidad autónoma, pública o no privada, que no busca el poder, respeta el pluralismo y la diversidad y acepta su parcialidad, por naturaleza no representa a toda la sociedad. Muchos afectados por el SIDA en los Estados Unidos y Europa Occidental en los años 80 empezaron a organizarse al torno a la idea de la no-discriminación y maduraron su estrategia para demandar acceso al tratamiento y prevención contra el VIH/SIDA.

Ese activismo que empezó con la demanda de un grupo específico consolidó la idea de que las obligaciones del gobierno en el campo de la salud son de tres categorías distintas: de respetar, de proteger y de cumplir. La obligación de respetar se refleja en acciones de protección como, por ejemplo, el respeto al acceso existente a un tratamiento adecuado. La obligación de facilitar representa los medios en que el Estado es pro-activo y produce acciones que fortalezcan los derechos existentes; esto es, toma medidas positivas. La obligación de cumplir se aplica



como medio para crear el derecho directamente como, por ejemplo, el derecho de ofrecer medicamentos adecuados para los enfermos. Se consideran violaciones el no cumplimiento de las obligaciones de respetar, proteger o producir por parte del Estado. Los grupos activistas de VIH/SIDA respondieron con una rapidez y fuerza que destaca por el reconocimiento de que la salud tiene aspectos complejos de naturaleza política y que no es una cuestión exclusiva de la profesión médica. Además, los Principios de Denver son un marco para la lucha por los derechos a la salud y por una vida y muerte con dignidad.<sup>467</sup>

#### **8.3.4. La salud y la legitimidad política**

Otra forma en que la realización del derecho a la salud favorece el desarrollo de la democracia ocurre por medio de la legitimación del sistema político democrático. La legitimidad está directamente relacionada con el grado y la capacidad de gobierno (*governance*) a nivel político, económico y social de cualquier sistema político, sobre todo el democrático.<sup>468</sup> Los sistemas de salud pública con principios de universalidad y servicios de calidad son, en esencia, una forma de reducir las disparidades sociales. La equidad es importante porque, en condiciones de desigualdades socio-económicas, la élite detenta también el poder político influyendo a su favor en las decisiones gubernativas.<sup>469</sup>

Uno de los indicadores más útiles para ver cuánta legitimidad tiene un sistema político es la percepción popular de que los gobernantes tienen en cuenta a sus ciudadanos. La percepción

---

<sup>467</sup> Wolff, J. *Op. cit.*

<sup>468</sup> Diamond, L. *Op. cit.* Diamond incluye como elementos determinantes de la calidad de la democracia, ya identificados por Guillermo O'Donnell : (1) las libertades fundamentales; (2) el Estado de Derecho; (3) la rendición de cuentas a otras instituciones o áreas de gobierno (*horizontal accountability* responsabilidad horizontal); (4) el control civil del poder militar; (5) la competitividad; (6) el pluralismo cívico; (7) la rendición de cuentas del gobierno al pueblo (*vertical accountability* responsabilidad vertical); (8) la participación activa; (9) la equidad; (10) el grado de respuesta del gobierno a las demandas de la sociedad; y (11) la cultura cívica.

<sup>469</sup> Kottow, M., *Op. cit.*

colectiva de que un sistema de salud pública atiende los intereses y necesidades de una comunidad se refleja en una percepción de que el sistema es justo.

Sin embargo, como ha explicado Miguel Kottow, “una política pública puede abordar un problema sin solucionarlo.”<sup>470</sup> Además, las políticas públicas de salud frecuentemente son favorables a grupos selectos o se aplican a comunidades determinadas y no a toda la población. Según Kottow, eso es posible porque políticas públicas de salud se fundamentan en preceptos ampliamente reconocidos y valores éticos como la justicia y los derechos humanos.<sup>471</sup> Así, un sistema de salud pública de calidad podría ser representativo de la eficacia de las acciones del gobierno en términos de valores éticos así como prácticos. Un sistema de gobierno que es capaz de identificar las necesidades de su población, designar políticas públicas para atender esas necesidades y aplicar esas políticas de manera satisfactoria sería un gobierno eficiente. En consecuencia, la coincidencia entre eficiencia y justicia permiten la validez y la legitimidad del sistema político.

---

<sup>470</sup> Idem.

<sup>471</sup> Idem.

## Capítulo IX - La salud, la pobreza y el desarrollo

***“(...) Solo se podrán lograr los objetivos del desarrollo sostenible cuando no haya una alta prevalencia de enfermedades debilitantes transmisibles y no transmisibles y las poblaciones puedan llegar a un estado de bienestar físico, mental y social.”***

- Rio+20 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible

La pobreza no siempre fue comprendida como una condición negativa dentro de la sociedad. Algunas religiones, predominantes en Occidente como la religión católica o protestante, explican, justifican o glorifican la pobreza.<sup>472</sup> De hecho, en las sociedades occidentales, sobre todo en las que prevalece el sistema capitalista de producción, la desigualdad es uno de los principales pilares de la economía de mercado.<sup>473</sup>

En esas sociedades, el mercado explica la pobreza como un hecho de responsabilidad individual en respuesta a las decisiones que uno toma a lo largo de su vida. Sin embargo, la economía de mercado y la ideología neoliberal que se impone en un mundo globalizado desde los años 80 ha producido un crecimiento de la población extremadamente pobre y se han aumentado las desigualdades económicas y sociales hasta un punto que se vuelve insoportable para unos y muy restrictivo para otros. La riqueza mundial, en los últimos 10 años, ha crecido un 68%. Pero, en 2012, el 1% de la población mundial poseía el 46% de la riqueza mundial. El 10% más rico tenía el 86% de la riqueza mundial.<sup>474</sup>

La concentración de riqueza y la pobreza extrema pasan a ser obstáculos al desarrollo y amenazas a las libertades individuales y la organización social. En este capítulo se aborda la

---

<sup>472</sup> Distintas órdenes de la Iglesia Católica Romana, como los Franciscanos o los Benedictinos abordan la pobreza como una condición deseable de auto-negación para el alcance de niveles intelectuales, morales y espirituales más elevados.

<sup>473</sup> Esa no es la situación de sociedades como los Amerindios, que se organizaban principalmente en torno a una propiedad común con bajos niveles de desigualdad entre sus miembros.

<sup>474</sup> Reuters. “Richest 1% Hold 46% of World’s Wealth,” *Huffington Post*. 9 de octubre de 2013.

relación entre salud y pobreza, pobreza y desarrollo y, consecuentemente, el impacto de la salud en el desarrollo.

### **9.1. Definiciones de pobreza**

La pobreza y la extrema pobreza han recibido mucha atención en los últimos tiempos. Por su naturaleza subjetiva, su definición ha variado enormemente. El concepto sociológico define las diferencias entre los sectores de la sociedad con los ingresos más altos y más bajos para incluir no solo la privación de los bienes y servicios, sino también la exclusión social. Otros teóricos definen la pobreza como un juicio de valor, incluyendo la filosofía social y las medidas políticas orientadas a la redistribución de los bienes sociales y la idea de los “derechos básicos” (*basic rights*), similar a la idea de las “necesidades básicas” (*basic necessities*).

En ese sentido, la dificultad para la obtención de un consenso sobre el significado de pobreza parece similar a los desafíos a los que se enfrenta la definición de los derechos humanos en términos de lo que es subjetivo y culturalmente determinado. Sin embargo, se ha avanzado en el desarrollo metodológico de la medición de la pobreza y, en general, se define y se mide con base en el nivel de ingresos o de consumo. Se establece un nivel mínimo de lo que es necesario para satisfacer las necesidades básicas (generalmente llamado de "línea de pobreza") y desde ese nivel se determina si una persona es pobre o no. La línea de pobreza también puede variar y representar: a) una canasta básica de alimentos, b) los ingresos necesarios para la compra de la canasta básica de alimentos, y c) el acceso a los servicios públicos.

En los EE.UU., la línea de la pobreza se basa en tres veces el coste de un plan económico de alimentación definido por el Departamento de Agricultura. Esta medida se basa en una encuesta de 1950 que demostró que las familias estadounidenses gastaban alrededor de un tercio

de sus ingresos en alimentos. Desde entonces, los umbrales varían según el tamaño y la composición por edades de una familia, y se actualizan cada año para reflejar el aumento del coste de vida.<sup>475</sup>

En términos globales, la pobreza también se mide en base a una línea de pobreza expresada en una unidad común para todos los países. El Banco Mundial utiliza líneas de referencia fijados en 1 y 2 dólares al día.<sup>476,477</sup> Sin embargo, estas no son las únicas definiciones y parámetros para definir la pobreza. El Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) ofrece una definición más amplia de la pobreza que incluye las necesidades básicas de alimentación y nutrición. Según el PNUD, la pobreza es:

“(...) la situación de una persona que carece de los ingresos necesarios para satisfacer las necesidades alimentarias básicas (...)”<sup>478</sup>

¿Cómo exactamente vamos a medir un concepto aparentemente no discutible, como las necesidades de alimentos básicos? La ciencia ha demostrado que diferentes personas necesitan diferentes cantidades de calorías, proteínas, vitaminas, fibra, aceites y minerales. Personas de

---

<sup>475</sup> De acuerdo con la disposición de la Oficina de Gerencia del Presupuesto (Office of Management and Budget's, OMB), la Directiva de Política Estadística 14 especifica que el censo estadounidense utiliza niveles de renta que varían según el tamaño y la composición de la familia para la determinación de quiénes son pobres. Si la renta total de una familia es más baja que los niveles establecidos, entonces la familia y todos los individuos que la constituyen son considerados pobres. Los niveles de pobreza establecidos por la Directiva 14 no varían geográficamente pero son actualizados utilizándose el Índice de Precios al Consumo (Consumer Price Index, CPI-U). La definición oficial utiliza los valores de la renta antes de los impuestos y no incluye ganancias de capital u otros beneficios no monetarios (como por ejemplo, vivienda subsidiaria, el programa de salud Medicaid o la ayuda alimentaria). Información disponible en: <http://www.census.gov/hhes/www/poverty/definitions.html> retrieved on November 14, 2006).

<sup>476</sup> El Banco Mundial estimó en 2001 que cerca de 1.1 mil millones de personas tenían niveles de consumo por debajo de 1 dólar al día y 2.7 mil millones vivían con menos de 2 dólares al día. Banco Mundial: 2001. Información disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20202162~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:430367,00.html>

<sup>477</sup> Hay otros conceptos que derivan de la concepción de pobreza y de la línea de pobreza. Por ejemplo, la pobreza extrema por convención se calcula utilizándose el parámetro del Banco Mundial de 1 dólar al día. Según esa medida, en 1998, más de 800 millones de personas vivían en pobreza extrema solamente en Asia y África Subsahariana. UNICEF, *The State of the World's Children* 1990 – 2000.

<sup>478</sup> “(...) the situation of a person who lacks the income necessary to satisfy basic food needs.” ONU, *Overcoming Human Poverty*; UNDP; 1999 – 2000. (Traducción de la autora).

diferentes edades, sexos y de diferentes ubicaciones geográficas tendrán diferentes necesidades dietéticas. Pero, lo más importante, también tienen que vivir sus vidas de una manera en la que los alimentos no sean el único factor que consume su mente y su tiempo. De esta preocupación se derivan otros conceptos como la seguridad alimentaria, pero que todavía no responden a nuestra pregunta. Además, la salud, como se ha descrito en el capítulo V, tiene implicaciones directas sobre los niveles de pobreza. La enfermedad refuerza el ciclo de la pobreza porque una persona enferma con acceso limitado a atención de salud física y mental ve reducidas sus capacidades de realizar actividades generadoras de ingresos o debe renunciar a la educación y se vuelve más susceptible a la pobreza.

Con el fin de incluir y medir otros aspectos de la pobreza, en 1982, Amartya Sen publica su obra *La pobreza y las hambrunas* y propone un nuevo concepto de pobreza. Sen propone que la pobreza puede ser un problema tangible que podría ser entendido o eliminado mediante la implementación de políticas públicas adecuadas. Una de sus conclusiones más importantes es que:

“La medición de la pobreza ha de considerarse un ejercicio descriptivo que evalúa la penuria de las personas en términos de los estándares prevalecientes de necesidades. Es un ejercicio empírico y no ético.”<sup>479</sup>

Es importante notar que Sen se opone claramente a la noción de la pobreza como un valor moral y sugiere que la pobreza es más objetiva y medible y debe ser investigada y sistematizada.<sup>480</sup> Sen considera que la noción de que las necesidades básicas se pueden expresar

---

<sup>479</sup> Sen, A., *Poverty and Famines*; Clarendon Press; Oxford; 1981. PP.314-315.

<sup>480</sup> Sen, A., *Poverty and Famines. Op. cit.*

mejor en términos de capacidades básicas para distinguir la capacidad de satisfacer ciertas necesidades fundamentales y alcanzan un cierto “nivel básico”.<sup>481</sup>

La línea de la pobreza, en lugar de ser definida en términos de una canasta básica de alimentos o la satisfacción de necesidades básicas, debería ser una medida de la incapacidad de lograr un cierto nivel de funcionamiento.<sup>482</sup> Otra aportación importante en el pensamiento de Sen es el concepto de “garantías” (*entitlements*) que definen las relaciones de propiedad a través de un sistema intrincado de reglas y leyes. Un individuo tiene acceso a un conjunto de “garantías” (*entitlements*) según su titularidad originaria y los recursos obtenidos a través de la educación. Por lo tanto, los campesinos se encuentran en una situación de doble crisis ya que mientras su acceso a bienes se ve socavado, conviven con la falta de “garantías” (*entitlement*) provenientes de la falta de acceso a la educación.<sup>483</sup>

Si pudiéramos considerar la pobreza como una violación de los derechos fundamentales: el derecho a la vida, el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho a la participación, la libertad de expresión y de asociación, el principio de no discriminación, el derecho a la salud, el derecho a la alimentación, al vestido y a la vivienda, el derecho a la propiedad de la tierra, el derecho al agua potable y alcantarillado limpio, el derecho a un ambiente seguro, y los derechos laborales, podríamos traducir los datos sobre la pobreza como representaciones de niveles de violaciones a los derechos humanos.

## **9.2. Definiciones de desarrollo**

Hay muchas definiciones de desarrollo entendido desde una visión económica clásica de desarrollo financiero, o liberal, como el desarrollo en sentido estricto de crecimiento económico

---

<sup>481</sup> Sen, A., *Poverty and Famines. Op. cit.* P.67.

<sup>482</sup> Idem.

<sup>483</sup> Idem.

hasta el concepto de desarrollo humano. Esas definiciones no están consensuadas entre los economistas. De hecho, desde los años 70, uno de los principales economistas estructuralistas latinoamericanos, Celso Furtado, argumenta que el desarrollo económico es un mito.<sup>484</sup> Según Furtado, el desarrollo económico es un mito por el cual los países que lideraron la revolución industrial propagan la idea de que el desarrollo económico y los niveles de consumo que esos países alcanzaron pueden ser universalizados.<sup>485</sup> Además, el lenguaje sobre el desarrollo económico se basa en conceptos estadísticos como el del Producto Interior Bruto, que son principalmente medias nacionales y por lo tanto “anulan el sufrimiento de unos con el privilegio de otros.”<sup>486</sup>

La crítica de Furtado a la idea de desarrollo económico como mito es todavía válida ya que el modelo económico actual está fundamentado en la desigualdad, la dependencia y, en términos de los recursos no renovables, es efectivamente imposible de mantener el mismo nivel de consumo para todas las personas del mundo.

El mito del desarrollo económico se ha incorporado hoy en día al concepto de desarrollo sostenido. El desarrollo sostenido es el desarrollo que atiende a las necesidades presentes sin comprometer la habilidad de las futuras generaciones de atender a sus necesidades. Esa definición contiene dos conceptos importantes: (1) el concepto de necesidades, sobre todo de los pobres, y (2) la idea de límites, impuestos por el estado de tecnología y organización social sobre el medio ambiente.<sup>487</sup>

Entre las definiciones de los dos extremos: desarrollo económico y desarrollo sostenible se inserta una tercera definición concebida y adoptada por el Programa de las Naciones Unidas

---

<sup>484</sup> Furtado, C., *O Mito do Desenvolvimento Econômico*. Paz e Terra, 1974.

<sup>485</sup> Furtado, C., *Op. cit.* P. 16.

<sup>486</sup> Furtado, C., *Op. cit.* PP. 115-116.

<sup>487</sup> ONU, *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*. Oxford University Press, USA, 1987.



para el Desarrollo (PNUD). Se trata del concepto de desarrollo humano como “un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos y que se traduce en la libertad general que deberían tener los individuos para vivir como les gustaría.”<sup>488</sup>

La definición de desarrollo humano también se contrapone a la idea de crecimiento o desarrollo económico estricto, principalmente porque el crecimiento económico y el desarrollo humano no coinciden siempre. Los niveles de renta son apenas un componente del desarrollo humano. Un componente importante pero no el único. El desarrollo humano se refiere principalmente al proceso de expansión de la educación, de los servicios de salud y de otras condiciones de la vida humana. De hecho, el desarrollo humano se mide por el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que lleva en su construcción cerca de una tercera parte de la renta, una tercera parte de datos cuantitativos sobre la educación y otra tercia de datos cuantitativos sobre la salud.<sup>489</sup>

Si hay una relación tenue entre la renta, o el crecimiento económico, y el desarrollo humano, se puede anticipar que la relación también es tenue entre el crecimiento económico y los indicadores de la salud. Para explicar eso, el PNUD ha comparado los cambios entre el crecimiento económico y el IDH encontrando una ligera correlación estadísticamente insignificante.<sup>490</sup> Ese resultado está de acuerdo con los estudios del demógrafo Samuel Preston que, en 1975, había demostrado que los incrementos en la renta no generaban cambios significativos en la esperanza de vida de la población.<sup>491</sup>

Más recientemente, los autores Sudhir Anand y Martin Ravillon constataron que la esperanza de vida tiene una correlación significativamente positiva con el Producto Nacional

---

<sup>488</sup> PNUD. Concepto de Desarrollo Humano. 20 de diciembre, 2008. Disponible en: <http://www.pnud.org.ni/noticias/564>

<sup>489</sup> PNUD. *Human Development Report 2010*.

<sup>490</sup> Idem.

<sup>491</sup> PNUD. *Human Development Report 2010*. P. 46.

Bruto (PNB) sobre (1) la renta de los pobres y (2) los gastos públicos en servicios de salud. Cuando los autores hicieron una regresión estadística con esas dos variables (renta de los pobres y gastos públicos en servicios de salud), no obtuvieron ninguna explicación adicional que pudiera ser simplemente obtenida del PNB *per capita*. De hecho, otros estudios empíricos demuestran que la esperanza de vida no se eleva con el crecimiento del PNB *per capita* pero sí tiene la esperanza de vida una relación particularmente fuerte con el gasto público en servicios de salud y por medio de la eliminación de la pobreza. En otras palabras, “el impacto del crecimiento económico depende de cómo son aprovechados sus frutos.”<sup>492</sup>

Los sistemas de salud pública son una forma de distribución más equitativa de la renta (incluso la reducción de la pobreza), condición básica que propicia el desarrollo económico y humano. Así, los gobiernos que buscan alcanzar niveles de desarrollo lo deben hacer, principalmente, por medio de la determinación de políticas económicas y sociales que generen impactos y la realización de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).<sup>493</sup>

La salud, a su vez, tiene un efecto en los niveles de renta individual y colectiva. Primeramente, la salud tiene un impacto sobre la productividad. La morbilidad tiene efectos negativos sobre el desempeño de los trabajadores a nivel personal y también a nivel empresarial y nacional. Segundo, la salud, como hemos visto, tiene un efecto sobre la educación afectando directamente a las capacidades cognitivas de los niños, los niveles de presencia escolar y los incentivos para inversiones en la educación. Además, la salud es fundamental en la promoción e incentivos a los ahorros debido a una esperanza de vida más larga.<sup>494</sup>

---

<sup>492</sup> Sen, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Op. cit. P. 61.

<sup>493</sup> Además de la responsabilidad principal de los Estados, las instituciones internacionales del orden económico como el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros deben permitir y asegurar una jurisdicción efectiva sobre los derechos económicos sociales y culturales recomendando y consintiendo que los países adopten políticas económicas compatibles con el respeto a esos derechos.

<sup>494</sup> Bloom, D., Canning, D. *Population Health and Economic Growth*. Commission on Growth and Development. Working Paper 2. Washington, 2008.

Esa relación entre la salud y el desarrollo llevan a conclusiones importantes para los países en situación de transición post-conflicto que, como se indica en la Tabla 7.1, tienen los peores indicadores de salud del mundo<sup>495</sup> y los más bajos índices de desarrollo humano.<sup>496</sup>

**Tabla 9.1 - Clasificación e Índice de Desarrollo Humano para países en situación de transición post-conflicto<sup>497</sup> y indicadores de salud de la OMS<sup>498</sup>**

País	Clasificación del IDH (2013)	Índice de Desarrollo Humano (2013)	Esperanza de vida al nacer (2009)	Tasa de Mortalidad Infantil < 5 años (2010)
Kenia	145	0.519	60	85
Paquistán	147	0.515	63	87
Angola	148	0.508	52	161
Birmania	149	0.498	64	66
Nigeria	153	0.471	54	143
Senegal	154	0.470	62	75
Togo	159	0.459	59	103
Yemen	160	0.458	65	77
Haití	161	0.456	62	165
Uganda	162	0.456	52	99
Yibuti	164	0.445	60	91
Ruanda	167	0.434	59	64
Costa de Marfil	168	0.432	50	123
Sudán	171	0.414	59	103
Zimbabue	172	0.397	49	80
Etiopía	173	0.396	54	106
Liberia	174	0.388	56	103
Afganistán	175	0.374	48	149
Guinea-Bissau	176	0.210	49	150
Sierra Leona	177	0.359	49	174
Burundi	178	0.355	50	142
República Centroafricana	180	0.352	48	159
Eritrea	181	0.351	66	61
Malí	182	0.344	56	178
Chad	184	0.340	48	173
República Democrática del Congo	186	0.304	49	170
Níger	186	0.304	57	143

<sup>495</sup> OMS, Global health indicators 2012. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/EN\\_WHS2012\\_Part3.pdf](http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Part3.pdf)

<sup>496</sup> PNUD. *Resumen Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. 2013.

<sup>497</sup> Idem.

<sup>498</sup> OMS, Global health indicators 2012. *Op. cit.*

La primera conclusión es que los Estados no necesitan generar incrementos de renta o crecimiento económico para generar avances en la salud o la educación.<sup>499</sup> En la actualidad, hay muchas intervenciones y políticas públicas de bajo coste. Por ejemplo, un paquete de vacunas organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuesta menos de un dólar.<sup>500</sup> Además, la innovación y la tecnología han hecho posible la expansión de intervenciones de salud pública por todo el mundo más rápidas, eficaces y baratas. Lo que parece producir más avances en salud pública son las tecnologías y las políticas de salud pública para prevenir la propagación de enfermedades.<sup>501</sup>

La segunda conclusión es que la distribución de la renta afecta más a la salud y el IDH que el crecimiento económico, sobre todo por su efecto de causa y consecuencia de la pobreza. Esa relación es otra manera de entender la interdependencia de los derechos humanos, en particular de los derechos económicos, sociales y culturales. En un contexto de pobreza, la interdependencia y complementariedad de los DESC también puede ser utilizada para explicar el ciclo de la pobreza.<sup>502</sup> Por ejemplo, una enfermedad puede impedir que los niños vayan a la escuela, que la gente trabaje y que participe plenamente en las actividades de la sociedad. Cuando el adulto cabeza de familia de una unidad familiar sucumbe a una enfermedad, eso le impide de trabajar y cuidar a los niños de la familia.<sup>503</sup>

Además, la condición de enfermo genera costes financieros (con medicamentos, tratamientos médicos, renta no recibida porque uno no puede trabajar, gastos del transporte a

---

<sup>499</sup> PNUD. Human Development Report 2010. P.50.

<sup>500</sup> PNUD. *Op. cit.* P. 51.

<sup>501</sup> Bloom, D., Canning, D. *Op. cit.* P3.

<sup>502</sup> Ciclo de la pobreza entendido como el concepto de Hutchinson en que una serie de factores y condiciones por los cuales la pobreza se alimenta y perpetúa a menos que haya una intervención exterior.

<sup>503</sup> ONU, *Human Development Report 2010*. P. 57

centros de salud, etc.) y lleva otros riesgos a toda la familia (de contaminación, de estrés, de cuidar de los enfermos, etc.). Estudios recientes demuestran cómo la salud afecta a las capacidades básicas para superar la pobreza y otros tipos de privación, así como las capacidades y oportunidades de un individuo a lo largo de su vida y sus contribuciones a la sociedad y la economía. La tarea de cuidar a los enfermos normalmente es atribuida a las mujeres. Implementar sistemas de salud que disminuyan la morbilidad también funciona como una forma de reducir las disparidades de género, que a su vez, están ligadas al desarrollo económico.<sup>504</sup>

Según el PNUD:

“los avances en el campo de la salud y la educación normalmente se dan facilitando el acceso de los grupos más pobres y marginados a esos servicios. Los niños de las élites ya tienen acceso a servicios de calidad. Cuando se garantiza el acceso a los servicios de salud y educación a los pobres, se promueve el desarrollo humano y la equidad social.”<sup>505</sup>

La tercera conclusión importante y relevante para los países en post-conflicto es que una vez identificada la intervención o política de salud pública que es necesaria, deseable y viable financieramente, y esa intervención no es implementada, hay consecuencias negativas que se reflejan en obstáculos tanto al desarrollo humano como al crecimiento económico.

Esa conclusión proviene del análisis del coste de inacción, concepto creado por Amartya Sen y Sudhir Anand. El análisis del coste de inacción identifica las variables externas negativas que afectan al individuo, su familia, su comunidad, la sociedad y el desarrollo de un país en términos cuantificables y no cuantificables, financieros o no.<sup>506</sup>

Algunas consecuencias negativas son directas y evidentes. Por ejemplo, si los niños no reciben tratamiento médico y sufren de una enfermedad no grave pero que afecta a sus estudios, esos niños podrán tener rendimientos escolares peores o abandonar los estudios. Esas son

---

<sup>504</sup> ONU, *Human Development Report 2010*.

<sup>505</sup> ONU, *Human Development Report 2010*. P. 58.

<sup>506</sup> Anand, S., Desmond, C., Marques, N., Fuje, H., *Op. cit.*

consecuencias directas, o “constituyentes” (*constitutive*) en la definición de Sen y Anand. Por otro lado, la probabilidad de que el niño que abandona la escuela se involucre en actividades o comportamientos de riesgo como uso de drogas o crimen, son más grandes que si el niño estuviera en la escuela. Esas consecuencias indirectas son resultados “consecuenciales” (*consequential*) de la no intervención en la salud pública. En situaciones críticas, las consecuencias indirectas (comportamientos de riesgo que pueden herir a uno mismo y a otros) afectan a toda la sociedad, pero hasta situaciones menos críticas o violentas, como la no capacidad de mantenerse en un empleo, afectan a su capacidad individual de producción y la capacidad de producción de una sociedad.<sup>507</sup>

Finalmente, se observa que las sociedades con buenos niveles de equidad y servicios públicos, como salud y educación básica de calidad para todos, han alcanzado esperanzas de vida superiores a otras sociedades con Producto Interior Bruto (PIB) y renta *per capita* muy superiores. Los países más exitosos económicamente han efectuado fuertes y continuadas inversiones en su población y han acumulado lo que se define como “capital humano”. A su vez, se reconoce que el capital humano es clave para el crecimiento sólido y sostenido de la competitividad y, consecuentemente, de la economía nacional. Así, el desarrollo social es fundamental para un crecimiento económico rápido, pero no el revés. De esta forma, el desarrollo humano es alcanzable por medio de una serie de cambios de carácter estructural produciendo ajustes internos y externos, económicos y sociales como, por ejemplo, el fortalecimiento y las inversiones en sistemas de salud pública.

---

<sup>507</sup> Por supuesto, uno necesita considerar más que una intervención aislada. Las consecuencias directas o indirectas dependen de otras acciones complementarias. Por ejemplo, un sistema de salud pública necesita de médicos y enfermeros entrenados y capacitados, aptos para desarrollar su papel en condiciones de trabajo aceptables para sus actividades. En ese sentido, si las acciones complementarias son insuficientes, las consecuencias o los beneficios de la intervención varían negativamente.

## Capítulo X - La salud y la justicia transicional

***“A justiça transicional não é uma forma especial de justiça, mas uma justiça de caráter restaurativo, na qual as sociedades se transformam a si mesmas depois de um período de violação generalizada dos direitos humanos.”***

-Tarso Genro y Paulo Abrão en *Memória Histórica, Justiça de Transição e Democracia sem Fim*

La justicia transicional se refiere al período de transición política de regímenes autoritarios o conflictos civiles hacia la democracia. El concepto de justicia transicional es relativamente nuevo pero en gran expansión por su esfuerzo para responder a graves violaciones y combatir la impunidad. Los estudios sobre la justicia de transición constituyen un marco que permite el procesamiento penal y jurídico de los abusos de los derechos humanos, tanto mediante la legislación nacional como por medio del Derecho Internacional.

En 2002, con la victoria del Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) y la ejecución del líder la União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA), se firma el Memorando de Entendimiento de Luena y se inicia un proceso de desmovilización, desarme y reintegración de los excombatientes de la UNITA. Además del programa implementado por el gobierno y algunos programas puntuales de iniciativa de agencias humanitarias o no-gubernamentales, que supervisaban la reintegración social de las víctimas de la guerra, no se puede decir que Angola haya instaurado un proceso de justicia de transición. De hecho, lo que se observa es que durante los casi doce años de paz, el gobierno ha centralizado todavía más el poder en la presidencia y ha garantizado que su partido, el MPLA, sea predominante en todas los niveles de la administración pública. La situación es tan evidente que algunos de los órganos de

la administración regional del gobierno funcionan en las estructuras del partido, lo que en la práctica imposibilita a los ciudadanos distinguir entre lo público y el partido.<sup>508</sup>

Sin embargo, hay un debate actual sobre la necesidad de crear en Angola una comisión de la verdad y reconciliación. Es una idea que encuentra la resistencia del gobierno y sus seguidores pero no es una idea descabalada. Muchos países africanos que pasaron por conflictos recientes han implementado programas de justicia transicional. Este capítulo presenta las ideas principales presentes en el debate sobre justicia transicional y algunas consideraciones sobre el rol de la salud en un proceso de justicia de transición.

### **10.1. Los mecanismos de justicia de transición**

Los documentos legales y los mecanismos que guían la justicia de transición incluyen tres elementos principales: los tribunales (nacionales, internacionales o híbridos); las comisiones (comisiones de la verdad y memoria); y las reparaciones (compensaciones a las víctimas de graves violaciones, rehabilitación y gestos simbólicos).

Los tribunales que permiten la investigación y proceso judicial sobre crímenes de guerra y contra la humanidad son un componente importante de la justicia de transición. Los tribunales, sobre todo los nacionales, tienen un efecto contra la impunidad que suele ocurrir después de violaciones con grandes números de víctimas y responsables.<sup>509</sup> Cuando las condiciones nacionales incluyen voluntad política y recursos financieros se hace necesario un proceso internacional similar a los Tribunales de Nuremberg, el Tribunal Penal Internacional para la antigua Yugoslavia (también conocido por sus siglas en inglés, ICTY) de 1993, el Tribunal Penal

---

<sup>508</sup> “Angola deve criar Comissão de Verdade Nacional.” Entrevista com Luís do Nascimento. *Folha* 8. Edición N°. 919. 29 de mayo de 2008.

<sup>509</sup> International Center for Transitional Justice. “Criminal Justice”. Website sobre “Ourwork” disponible en: <http://www.ictj.org/our-work/transitional-justice-issues/criminal-justice>



Internacional para Ruanda (1994), o la Corte Penal Internacional (CPI) fundada el 17 de julio de 1998 por el Estatuto de Roma.

Aunque se atribuya a la justicia transicional la capacidad de promover la reconciliación y la disminución de la violencia, algunos estudios sobre los mecanismos de la justicia transicional, sobre todo considerando los efectos de los tribunales en la justicia de transición, encuentran que el efecto relacional o causal entre esas condiciones es moderado.<sup>510</sup> Por ejemplo, algunos estudios han identificado que cuanto mayor es la exposición a eventos traumáticos menores son las probabilidades de que los supervivientes del genocidio en Ruanda apoyen los tribunales de base o comunitarios, creados por el gobierno y conocidos como tribunales “Gacaca”, para promover reconciliación e interdependencia.<sup>511</sup>

En otros casos, los supervivientes con síntomas de estrés pos-traumático y depresión en Uganda, eran más favorables a formas violentas para la resolución de conflictos.<sup>512</sup> Así, no parece haber un consenso sobre si los tribunales nacionales o internacionales en el proceso de justicia transicional en contextos de post-conflicto contribuyen a la recuperación de las víctimas o si, al contrario, provocan nuevas heridas y traumas. De hecho, parece ser imperativo que los mecanismos de justicia transicional (tribunales, comisiones de la verdad y reconciliación, y reparaciones) sean constituidos de manera complementaria. Como se explica más adelante, el mecanismo de reparación a través de un sistema de salud pública podría ofrecer condiciones para la recuperación física y psicológica necesarias para la implementación de tribunales de transición efectivos.

---

<sup>510</sup> Pham, P., Vinck, P., Weinstein, H. *Op. cit.* P. 98-105.

<sup>511</sup> Idem.

<sup>512</sup> Idem.

El rol de las comisiones de la verdad y reconciliación también ha sido central para el proceso de justicia de transición desde los años 80. Sin embargo, las comisiones de la verdad y reconciliación como concebidas en la actualidad tienen algunas restricciones, explicadas por Cavallaro y Albuja, que pueden comprometer el desarrollo pleno de sociedades democráticas. Los autores demuestran cómo las comisiones de la verdad se desarrollan en un primer momento en América Latina a partir de graves violaciones de los derechos humanos, sobre todo los derechos políticos y civiles y, todavía más en particular, violaciones como “las desapariciones forzadas, la ejecución y la tortura.”<sup>513</sup>

Cavallaro y Albuja explican dos problemas fundamentales que se originan desde el enfoque casi exclusivo de las comisiones de la verdad y reconciliación en violaciones de los derechos políticos y civiles. El primer problema está en la exclusión de los crímenes económicos y de corrupción del proceso de justicia transicional. Los resultados de esa exclusión son muy perversos ya que excluyen a los gobiernos autoritarios de una investigación económica y sobre la corrupción produciendo la idea de que esos gobiernos son menos corruptos o más eficientes que los gobiernos democráticos.<sup>514</sup>

El segundo problema está relacionado con el proceso de aculturación por el cual el modelo de comisiones de la verdad y reconciliación prolifera como el único modelo para ser implementado por las sociedades en transición de todo el mundo.<sup>515</sup> Según Cavallaro y Albuja, las sociedades en transición son más susceptibles a presiones externas y están más preocupadas con las normas que garantizan un nivel de legitimación en el ámbito internacional. Así, el

---

<sup>513</sup> Cavallaro, J. y Albuja, S. “The Lost Agenda: Economic crimes and Truth Commissions in Latin America and beyond.” en *Transitional Justice from Below: Grassroots Activism and the Struggle for Change*, ed. Kieran McEvoy and Lorna McGregor, Oxford Hart Publishing, 2008.

<sup>514</sup> Idem.

<sup>515</sup> Idem.

modelo de comisiones de la verdad y reconciliación con sus límites, restricciones y exclusión de los derechos económicos sociales y culturales (DESC) se convierte en el molde institucionalizado y adoptado por gran parte de las sociedades en transición por todo el mundo.<sup>516</sup>

El tercer aspecto de la justicia de transición son las reparaciones y restituciones a las víctimas. Este aspecto es particularmente complejo en situaciones de post-conflicto por varias razones. En primer lugar, los daños que se derivan de conflictos son normalmente extensos, lo que dificulta la posibilidad de restitución; es decir, el retorno a un *status quo* previo a la guerra es demasiado difícil. Las situaciones de conflicto en África han sido más prolongadas y más violentas que los contextos de autoritarismo en América Latina donde se desarrollaron las primeras comisiones de la verdad y el modelo de justicia transicional. En segundo lugar, los daños físicos a la persona o los efectos psicológicos son muy difíciles de rectificar exigiendo a veces reparación a través de recursos financieros significativos. Los conflictos en África victimizaron sociedades enteras que en momentos de post-conflicto se enfrentan a la pobreza extrema y están más interesadas en su supervivencia y formas de mantener condiciones mínimas de vida que la justicia y responsabilidad más tradicional. En tercer lugar, las reparaciones y restituciones en contextos de post-conflicto exigen una asimetría que normalmente debería favorecer a la parte vencida en el conflicto y representa gastos para la parte victoriosa. Frecuentemente, los más pobres y vulnerables corresponden a los vencidos durante el conflicto.<sup>517</sup> Sin embargo, como explicó Larry May, el mecanismo de reparación de la justicia transicional tiene un gran potencial para producir estabilidad y paz.

---

<sup>516</sup> Idem.

<sup>517</sup> May, L. "Reparations, Restitutions and Transitional Justice.", Essay, Vanderbilt University. Disponible en: [http://iis-db.stanford.edu/evnts/6421/85-Reparations,\\_Restitution,\\_and\\_Transitional\\_Justice.pdf](http://iis-db.stanford.edu/evnts/6421/85-Reparations,_Restitution,_and_Transitional_Justice.pdf)

May argumenta que:

“El no cumplimiento por parte de los vencedores u otros de llevar a cabo las reparaciones a las víctimas vencidas desemboca en una sociedad que ha sido dañada y tiene una queja no resuelta que puede supurar y crecer con el tiempo hasta el punto en que también se pone en peligro la paz a largo plazo en la región.”<sup>518</sup>

Más en concreto, el mecanismo de reparaciones en la justicia transicional puede incluir aspectos más directamente relacionados con los derechos humanos económicos, sociales y culturales (los DESC), como el derecho a la salud. El derecho a la salud no solo representa un importante mecanismo de rehabilitación de la población afectada por conflicto o guerra civil sino que también proporciona una forma de distribución colectiva de la renta que beneficia a la población en general con grados de asimetría muy pequeños. De hecho, la salud mental y psíquica, así como el estrés post-traumático, ya son cuestiones ampliamente evaluadas y tratadas en programas de respuesta y reconstrucción post-conflictos o después de desastres naturales.<sup>519</sup>

No obstante, hay poco debate sobre la relación entre justicia transicional y la salud pública; las intervenciones tradicionales, como campañas de vacunación, saneamiento y tratamiento médico, aisladas, tienen un impacto limitado sobre la salud de la población, no suficiente para minimizar los efectos de un conflicto violento sobre la sociedad.<sup>520</sup>

Si, como propone este estudio, la salud es entendida como un derecho humano fundamental reconocido y apoyado por el derecho internacional sobre la base de una serie de tratados, convenios y resoluciones de la ONU en derechos humanos, la justicia transicional apoyaría esfuerzos de recuperación de los sistemas de salud pública no solo para mitigar los

---

<sup>518</sup> Idem.

<sup>519</sup> Pham, P., Vinck, P., Weinstein, H. *Op. cit.* P. 98-105.

<sup>520</sup> Esta cuestión se discute en detalle en la sección 7.3 sobre las necesidades específicas de las sociedades en post-conflicto.

efectos nocivos de los conflictos a nivel individual, sino también para recuperar los sistemas y procesos sociales a nivel de la comunidad.

Utilizando los principios de epidemiología, se pueden identificar las intervenciones más necesarias después de un conflicto violento, como qué población o comunidades fueron afectados y cómo funciona el sistema e infraestructura sanitarios. Con ese conocimiento se pueden diseñar políticas públicas para proporcionar a la población el acceso a la salud y servicios básicos.

## **10.2. El Tribunal Penal Internacional y el Fondo Fiduciario para las Víctimas**

En términos de Derecho Internacional también se hace necesario señalar la experiencia del Tribunal Penal Internacional (TPI) a través de su Fondo Fiduciario para las Víctimas (Trust Fund For Victims, TFV).<sup>521</sup> Cuando el Tribunal Penal Internacional publicó su primera decisión sobre reparaciones a las víctimas, en el caso de Thomas Lubanga Dyilo, condenado en marzo de 2012 por reclutar y utilizar a niños como soldados en la República Democrática del Congo, se estableció un precedente importante en la identificación de necesidades y en el diseño de las reparaciones. Este precedente puede ser una lección valiosa para los sistemas de justicia en muchos países.<sup>522</sup>

Además de decidir reparaciones simbólicas para las víctimas, el Tribunal identificó una serie de posibles programas de reparación comunitaria que fueran costeados por el Estado y por el Fondo Fiduciario para las Víctimas. El Tribunal identificó a los posibles beneficiarios de una orden de reparación por ser las víctimas directas e indirectas tras los crímenes cometidos por

---

<sup>521</sup> TFV. “Mobilizing resources and supporting the most vulnerable victims through earmarked funding”. Program Progress Report. 2012.

<sup>522</sup> TPI. “Lubanga case: Trial Chamber I issues first ICC decision on reparations for victims”. ICC-CPI-20120807-PR831. 7 de agosto de 2012.

Lubanga desde el 1 de septiembre de 2002 al 13 de agosto de 2003. Los posibles beneficiarios incluían a los familiares y las personas que habían intervenido para ayudar a las víctimas o para impedir la comisión de estos delitos. Acto seguido, la decisión estableció los principios de no discriminación para el proceso de reparación.<sup>523</sup>

En sus diez años de existencia, el TPI ha incorporado prácticas que pueden actuar en beneficio de las víctimas de crímenes contra los derechos humanos, incluso cuando no hay ninguna condena. La primera innovación ocurre con la representación directa de la víctima, un aspecto importante del sistema de derecho civil, que permite que los que han sufrido abusos graves puedan presentar sus puntos de vista a los jueces del TPI. Esto es importante porque permite a los jueces evaluar los daños y perjuicios sufridos y solicitar las reparaciones correspondientes.<sup>524</sup> Es importante observar que en el TPI, las víctimas no están obligadas a participar en los procedimientos del Tribunal, incluso pueden decidirse por una orden de reparación solamente. Es decir, independiente de cualquier decisión del Tribunal, la víctima también puede solicitar la reparación directamente del Fondo Fiduciario para las Víctimas.

La segunda innovación importante es precisamente el funcionamiento del Fondo Fiduciario para las Víctimas. Gracias a años de investigación y trabajo con víctimas de violaciones de los derechos humanos, incluidas las víctimas de crímenes de guerra en el contexto de Angola y, más recientemente, en la República Democrática del Congo (RDC), la condena de los culpables es solo uno de los elementos de la justicia desde el punto de vista de las víctimas. Las víctimas y los supervivientes suelen pedir garantías de que los crímenes y violaciones de los derechos no se llevarán a cabo de nuevo. Ellos quieren el restablecimiento de la vida que tenían

---

<sup>523</sup> Idem.

<sup>524</sup> En los sistemas de derecho común, la representación de la víctima es más central en los casos civiles, aunque cada vez más la perspectiva de las víctimas ha sido relevante durante la sentencia penal.

antes de que las violaciones tuvieran lugar y necesitan apoyo para que ellos y sus comunidades puedan trabajar para superar las graves consecuencias psicológicas que les afectan a ellos y a sus descendientes. El Fondo Fiduciario es un órgano independiente del TPI encargado de implementar las decisiones del Tribunal y los servicios de rehabilitación física, psicosocial y apoyo material a las víctimas de crímenes de la competencia del TPI.

El Fondo Fiduciario está lejos de ser perfecto y sigue dependiendo de la recaudación de fondos para apoyar las reparaciones que otorga. Los contribuyentes al Fondo son los Estados, los donantes privados, fundaciones y particulares que deseen apoyar a las víctimas y las comunidades que ven al TPI como último recurso. El Fondo Fiduciario para las Víctimas se esfuerza por asegurar fondos suficientes para sostener las reparaciones solicitadas por las víctimas pero todavía no está bien equipado para establecer las reparaciones en los casos de aplicación de reparación colectiva. Sin embargo, como el idealismo que creó el Tribunal Penal Internacional, el Fondo Fiduciario envía una señal de gran relevancia: las reparaciones son una representación importante del proceso de justicia para las víctimas de abusos contra los derechos humanos.

## Capítulo XI - La monitorización del derecho a la salud

***“La evaluación de los indicadores que se realiza está distorsionada, no solo porque no incluye en el análisis los factores o tendencias que producen la modificación de los mismos a largo plazo, sino también porque se subordina el servicio al indicador que se desea modificar, cuando lo racional sería plantear que este no es más que un resultado de aquel. Los servicios se borran en pos de resultados tangibles e inmediatos.”***

- Ivan Ase y Jacinta Burijovich en *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?*

Desde su creación en 1987, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (el Comité) busca perfeccionar un sistema de relatorías a través del cuál se realice la monitorización del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Además de recibir información de los Estados parte, el Comité también recibe información de fuentes alternativas, como las diversas agencias de la ONU e informes de organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales o internacionales.

Sin embargo, el sistema de relatorías tiene muchas limitaciones. Los Estados deberían presentar información de varios tipos de e informes sobre todos los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) presentando también justificaciones de los avances y principales dificultades encontradas. Esos informes también deberían indicar las estrategias adoptadas por los respectivos Estados para la realización progresiva de los DESC, como, por ejemplo, estrategias para garantizar la alimentación para todos o políticas nacionales de implementación de programas de salud pública.

Este capítulo explica el origen de los principales indicadores sociales y de desarrollo humano utilizados por las Naciones Unidas. Se presenta una perspectiva crítica de los indicadores actualmente utilizados con el objetivo de contribuir al debate sobre el rol de esos indicadores en el diseño de políticas públicas que respeten los derechos humanos y, en particular,



el derecho a la salud. ¿Por qué se hace necesaria una discusión sobre las políticas públicas en el ámbito de la determinación de los indicadores sociales? Las políticas públicas, sobre todo las políticas económicas, cuando modifican el ambiente, crean efectos estáticos y dinámicos sobre todos los demás ambientes donde se debe implementar el respeto a los derechos económicos, sociales y culturales. Como ocurre en la economía con el multiplicador de los gastos del gobierno, los beneficios de las políticas públicas sociales no se limitan a los individuos sino que afectan también a su familia, a la comunidad donde habitan y a las generaciones futuras.

### **11.1. Informes y relatorías sobre los DESC**

Desde 1990, la implementación del derecho a la salud tiene un componente de obligación programático. Según el Comentario General N°. 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados Parte tienen que demostrar la implementación progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) mediante informes presentados cada 4 años. Si no hay un progreso, o si hay una regresión, los Estados tienen que explicar y justificar el resultado constatado. Además, los Estados tienen que tomar medidas deliberadas para el alcance de objetivos concretos como los determinados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En caso de que no haya recursos suficientes, los Estados tienen la obligación de recurrir a la cooperación internacional para alcanzar los objetivos establecidos.<sup>525</sup>

En términos analíticos, esas son determinaciones generales para el cumplimiento de las obligaciones internacionales asumidas por un Estado cuando firma y ratifica el PIDESC y se

---

<sup>525</sup> Como se ha explicado en el Capítulo IV sobre el rol de las instituciones internacionales, la cooperación internacional está prevista en el Artículo 2 de PIDESC, que enfatiza que las medidas de respeto a los DESC deben ser de los Estados individuales y con asistencia y cooperación internacional sobre todo el campo de la economía y tecnología. “Cada uno de los Estados Parte del presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas (...)”. La cooperación internacional también está prevista en los artículos 11, 15, 22 y 23 con mención al Derecho al Desarrollo y búsqueda de la participación continuada del conjunto de la sociedad en la riqueza producida.

mide indirectamente por medio de informes producidos por esos mismos Estados y presentados al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Sin embargo, como ha notado el Comité, los Estados Parte no han informado o producido informes sobre la situación de sus países de manera adecuada.<sup>526</sup>

Los informes y el sistema de relatorías tienen muchas limitaciones. En primer lugar, los informes, indicadores e índices son frecuentemente calculados con datos oficiales de los gobiernos a través de agencias oficiales o agencias de estadísticas gubernamentales. No todos los miembros de las Naciones Unidas poseen datos suficientes para la elaboración de los informes y para los cálculos de los índices. Como respuesta a esas dificultades encontradas en la recogida y análisis de los datos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el Comité) ha avanzado al permitir la recepción de información de otras fuentes alternativas como, por ejemplo, otros órganos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales nacionales o internacionales. Sin embargo, las dificultades y la falta de información son todavía más grandes en países en transición post-conflicto que no tienen sistemas de información y recogida de datos suficientes, como la realización de censos o el propio registro de sus ciudadanos, para la necesaria monitorización del derecho a la salud y de otros DESC.<sup>527</sup>

Países en situación de post-conflicto no cuentan con mecanismos seguros de registro civil de su población total. Tampoco se hace con rigor el registro de los nacimientos de niños extremadamente pobres ni el ingreso de personas extremadamente pobres que entran irregularmente en un país. Por ejemplo, hay una generalizada falta de datos sobre Angola. La confianza en la información básica, como el tamaño de la población y las causas de mortalidad infantil, son

---

<sup>526</sup> ONU. "The right to adequate food." Comentario General N°. 12; CESCR, 1999. Según el informe de PNUD de 2001 solo 64 países tenían datos suficientes para el cálculo de los indicadores de género.

<sup>527</sup> OMS. *World Health Statistics*, 2012.

bajas. La escasez de datos fiables obstaculiza la capacidad del gobierno para predecir la demanda de servicios esenciales como la salud, el saneamiento básico y la educación.

La inscripción del nacimiento y la oficialización de la ciudadanía de un individuo son fundamentales para el acceso a derechos y servicios básicos, ya que con frecuencia determinan si los ciudadanos pueden votar, inscribirse en la escuela, tener acceso a la salud, o tener acceso a otros servicios públicos. Se han hecho esfuerzos para hacer frente a este problema, y en países en situación de post-conflicto se organizan campañas de registro de nacimientos gratuitos.<sup>528</sup> Sin embargo, el UNICEF estima que en 2001, solo el 29% de la población en Angola se registró en el momento de su nacimiento.<sup>529</sup>

Una segunda fuente de dificultad para la elaboración de indicadores sociales efectivos es de naturaleza empírica. Los indicadores sociales se elaboran con definiciones construidas históricamente y están determinados por convención. Es decir, los conceptos y definiciones elaborados que sirven de parámetro y metodología para el cálculo de índices e indicadores estadísticos son definidos conforme a las necesidades que vivimos en un período de tiempo específico. Eso no solo demuestra que dichos parámetros son construcciones que varían a lo largo del tiempo sino que, por estar además determinados a partir de un juicio de valor, no son perfectos ni infalibles. Además, los datos utilizados en la construcción de indicadores e índices se refieren a una medida nacional por aproximaciones y medias, lo que puede esconder enormes diferencias entre las regiones de un país y entre los más pobres. En la selección de criterios o elementos evaluativos existe una carga de juicios de valor que incluyen el grado de dificultad.

---

<sup>528</sup> "Briefing on the International Conference on Birth Registration for Portuguese Speaking Countries 2005", *International Conference on Birth Registration for Portuguese Speaking Countries*, 2005

<sup>529</sup> INE y UNICEF, *Multiple indicator cluster survey: Assessing the situation of Angolan children and women at the beginning of the millennium*; Luanda, 2003.

Así, algunas capacidades son más difíciles de medir que otras y, a veces, una medida puede ocultar más de lo que revela.

La utilización de indicadores sociales para controlar el respeto a los DESC es una cuestión controvertida incluso para el Comité que se preocupa de que esos indicadores no se desarrollen, sobre todo considerando las condiciones de calidad que puedan reflejar no solo la realidad de la sociedad si no también, de forma específica, la realidad de determinados grupos vulnerables.<sup>530</sup> Esa es una observación importante porque, a veces, el discurso de los indicadores a través de cálculos complejos, pero no infalibles, se vuelve más importante que la realización de las políticas públicas. En otras palabras, el “diagnóstico” de los problemas sociales se convierte en el centro de las atenciones y esfuerzos, mientras que el “tratamiento” es, en gran parte, ignorado. Los indicadores deberían servir para diseñar políticas públicas con el fin de disminuir los problemas de discriminación y exclusión, pero a veces se vuelven un fin en sí mismos y al final sirven para mantener una estructura social desigual y el *status quo*.<sup>531</sup>

## 11.2. Los indicadores sociales

No hay duda de que los indicadores sociales son fundamentales para la elaboración e implementación de políticas públicas. Los indicadores son necesarios para la prestación de cuentas, para evaluar acciones, reprogramar, buscar resultados, dar credibilidad a las organizaciones y, en pocos años, se convirtieron en una herramienta fundamental para la

---

<sup>530</sup> La noción de vulnerabilidad y determinación de grupos de vulnerables es una alternativa a las categorías de “excluidos” o “marginados”. La situación de vulnerabilidad puede ser atribuida a la dificultad concreta de ejercer la ciudadanía por parte de mujeres, homosexuales, trabajadores del sexo, niños y adolescentes durante la existencia real de sus derechos humanos en el campo jurídico oficial.

<sup>531</sup> Analizando el impacto de los indicadores sociales en la distribución de renta y la pobreza, Candido Grzybowski dice que “os indicadores parecem ser mais geracionais do que sociais” donde una generación (hijos y nietos) tendrá mejores indicadores pero donde la estructura social se mantendrá igual sin cambiar las desigualdades regionales, la desigualdad de género, la desigualdad entre negros, blancos e indígenas porque son las estructuras sociales, las relaciones y procesos sociales los factores responsables de la pobreza, la marginación, la exclusión y la discriminación. Así solo una sociedad más redistributiva es capaz de garantizar el desarrollo humano, económico, la sostenibilidad de los cambios en las relaciones de poder y hasta el mismo funcionamiento de la democracia. Grzybowski, C., “O Brasil que não muda.” *Folha de S. Paulo*, 12 de abril de 2001. P.3.

captación y distribución de recursos. Sin embargo, la creación y uso de indicadores adecuados es todavía una ciencia que necesita ser desarrollada gradualmente.

De esta manera, Amartya Sen, premio Nobel de economía, ha avanzado mucho en la búsqueda de índices capaces de medir los grados de ingresos y, con ellos, el nivel de pobreza y bienestar. Sen identificó cómo la norma habitualmente usada para medir el bienestar de una sociedad, con base en el porcentaje de sus habitantes que se encuentran bajo de lo que se califica como índice de pobreza, ignoraba, entre otros aspectos, los diversos grados de pobreza entre los menos favorecidos.

En 1976, Sen publica su famoso artículo “*Poverty: an ordinal approach to measurement*”.<sup>532</sup> En ese trabajo el autor desarrolla un índice para expresar la situación añadida de la pobreza en una sociedad. Ese índice, conocido como el índice Sen, incorpora a la medición de la pobreza la distribución del ingreso entre los pobres, la proporción de pobres en una sociedad y la intensidad de la pobreza. Más tarde, el índice Sen fue utilizado como base de los principales indicadores sociales de las Naciones Unidas incluso el Índice de Desarrollo Humano.

Ocasionalmente, algunos cálculos son producidos por el PNUD, pero son cálculos mínimos para permitir la comparación entre países. Además, las evaluaciones hechas por los Estados tienen que seguir determinadas especificaciones estadísticas para que los datos de orígenes tan diferentes sean compatibles.

Los datos utilizados poseen, además de sufrir un retraso de al menos dos años y de ser producidos principalmente por los Estados, todavía presentan al menos, dos limitaciones importantes. Normalmente se refieren a una media nacional que puede esconder enormes

---

<sup>532</sup> Sen. A, “Poverty: an ordinal approach to measurement.” *Econometrica*, no. 44, 1976.

diferencias entre las regiones de un país. Además, se podría decir que esos indicadores son aproximaciones que subestiman el número de pobres. Eso es porque un factor que predomina entre los más pobres y excluidos es el no acceso al registro civil de su *status*. Según el mismo raciocinio, no se hace con rigor el registro de los nacimientos de infantes extremadamente pobres ni el ingreso de personas extremadamente pobres que entran irregularmente en un país.

### 11.2.1. ¿Cómo se calculan los indicadores?

El estudio del comportamiento de fenómenos económicos así como la distribución de la renta deriva de finales del siglo pasado. De hecho, esos fenómenos resultan difíciles de describir mediante modelos probabilísticos, y en términos estadísticos su investigación se desarrolla con varios modelos complementarios o generalizaciones.

Al final del siglo XIX, las teorías estocásticas como las de McAlister (1879) y Pareto (1897) proporcionaron alternativas de estudios sobre la distribución de renta. Esos estudios han prevalecido hasta muy recientemente cuando Amartya Sen ha desarrollado críticas importantes, sobretudo a Pareto, en lo que va a representar el análisis actual sobre la distribución de la renta y la pobreza.<sup>533</sup>

Los estudios de Pareto aplicados empíricamente a varios países en distintos periodos de tiempo arrojaban resultados estables, lo que llevó al argumento de defensa de la incapacidad de las políticas públicas para reducir el nivel de desigualdad. Sin embargo, debemos tener claro que

---

<sup>533</sup> El análisis de Pareto se trata de un caso particular de distribución truncada, lo que quiere decir que fue elaborado a partir de otra distribución, al darle un corte a la altura de cierto valor de la variable aleatoria e ignorando la parte derecha o izquierda de la misma. Según la ley de Pareto, la distribución de renta viene dada por  $N = A/x^2$  donde  $N$  es el número de personas por encima de un cierto valor  $R$ , y  $A$  es una constante. Del modelo de Pareto se dice que el número de personas que reciben una renta superior a cierta cantidad  $R$  es inversamente proporcional (aunque no de forma lineal) al citado valor. De la expresión de la esperanza matemática del modelo de Pareto, expresada por:  $E(X) = x_0\alpha/(\alpha - 1)$  para  $\alpha > 1$ , se admite una interpretación sobre la ratio del valor esperado y la renta mínima considerada como una medida de desigualdad.

la elección del valor mínimo condiciona el valor del resultado y, por lo tanto, el modelo de Pareto solo describe la distribución de renta para un valor superior al adoptado como umbral.

Actualmente, los principales indicadores sociales buscan elegir condiciones que pongan al ser humano y no a los procesos económicos como objeto principal de investigación. Por ejemplo, se podría agrupar esos indicadores en sub-categorías como: indicadores demográficos y de salud; indicadores educativos y culturales; indicadores de mercado de trabajo; indicadores habitacionales y de infraestructura urbana; indicadores de calidad de vida y medio ambiente; indicadores de desarrollo y pobreza humanos.

De esas categorías se puede decir que el concepto de calidad es global para todas ellos. De hecho, el concepto de calidad abarca también casi todos los ámbitos de la actividad económica. Como consecuencia, la evaluación de la realidad social habría de considerar más que variables simplemente cuantitativas.

Existen algunas técnicas estadísticas que abarcan este análisis de gran complejidad. Esas técnicas son básicamente de evaluación muestral y de métodos de procesos. La evaluación muestral, como su propio nombre indica, se basa en la evidencia muestral para llegar a alguna conclusión sobre determinado argumento. Los métodos de proceso están basados en la observación de muestras temporales para concluir si las condiciones en que se desarrollan los procesos adoptados resultan adecuados. Además, esas técnicas permiten considerar características de la realidad discriminatoria contra mujeres, niños, negros y pueblos indígenas así como las desigualdades regionales, que son relevadas por el uso de medias simples.

Aún hoy las técnicas estadísticas para evaluación de la calidad de los servicios públicos no se usan mucho en los indicadores sociales. Además, las fuentes de datos continúan siendo

susceptibles a errores. Las principales fuentes de datos son censatarias, basadas en informaciones de los censos anuales, muestrales o de informes administrativos de órganos gubernamentales o no. Como ejemplo de los posibles errores que pueden existir en la fuente de datos usados para el cálculo de los índices sociales está el cuestionario del censo utilizado en Brasil. Hasta 1999, el censo elaborado por el IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia y Estatística) apuntaba seis denominaciones para el color de la piel (blanco, pardo, mulato, prieto, indígena y asiático). Como defiende el movimiento negro en Brasil, la clasificación con tantos grados entre los blancos y negros sirve principalmente para descaracterizar la unidad de los negros. Pero no solo eso, el censo hasta 1999 se basaba en la respuesta individual de los entrevistados. Es decir, en una sociedad discriminatoria contra los negros, muchos entrevistados de ese grupo no se asumían como tales cuando eran entrevistados.<sup>534</sup> Dificultades como esas también pueden ser observadas cuando se evalúa la renta u otros datos personales como la cantidad de comida. La gente más humilde tiene a veces vergüenza de hablar sobre sus problemas sociales crónicos. Para resolver algunos de esos problemas, en Brasil, se cambiaron los cuestionarios para incluir también observaciones del entrevistador.<sup>535</sup>

La evaluación de la condición social no solo es difícil, sino también muy complicada. No solo implica un compromiso de los Estados parte que presentan los datos al Comité de la ONU para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>536</sup> para que se haga un análisis cuantitativo, cualitativo y, quizás, acumulativo para la determinación de dinámicas y tendencias

---

<sup>534</sup> Telles, E. *Race in Another America: The significance of skin color in Brazil*. Princeton University Press, Woodstock, Oxfordshire. 2004.

<sup>535</sup> Osorio, R. "O Sistema Classificatório de 'Cor ou Raça' do IBGE. Texto para Discussão N°. 996. IPEA, Brasília, 2003.

<sup>536</sup> Son numerosas las denuncias de ONG que contradicen informes de países presentados al Comité de la ONU para Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ver, por ejemplo, El informe alternativo a la 27ª. sesión del Comité en noviembre de 2001 sobre los derechos económicos sociales y culturales de Argelia. Bessis, S., Goumeziane, S. y Dahmani, A., *Algeria: Violations of Economic, Social and Cultural Rights*. FIDH; N°. 319/2; Noviembre 2001.



que ocurren en tan distintos países del mundo. Por eso, parece poco probable que se consiga establecer de forma fija un único índice que refleje fielmente la situación económica, social y cultural de un país y que sea fácilmente utilizado por otro país.

### **11.2.2. Indicadores sociales del PNUD**

El mejor indicador social hasta el momento es el índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, creado en 1990 por los economistas Mahbub ul Haq y Amartya Sen. El índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, sirve para comparar las condiciones de vida en diferentes áreas usando indicadores de renta, salud, educación y otros.

Desde su primer informe se desarrollaron cuatro índices básicos de desarrollo humano: el Índice de Desarrollo Humano (*Human Development Index, HDI*); el Índice de Desarrollo Humano con relación al Género (*Gender-related Development Index, GDI*); La Medida de Poder por Género (*Gender Empowerment Measure, GEM*) y el Índice de la Pobreza Humana (*Human Poverty Index, HPI* o *Multidimensional Poverty Index, MPI*).<sup>537</sup>

El Índice de Desarrollo Humano, HDI, mide el desarrollo humano en un país con base en tres aspectos: longevidad (esperanza de vida al nacer); conocimiento (a través de una combinación de datos sobre la escolaridad de adultos y el registro de alumnos en nivel primario, secundario y terciario o superior) y las condiciones de vida.<sup>538</sup>

El Índice de Desarrollo Humano con relación al Género, GDI, utiliza las mismas variables del HDI pero discriminadas por género como forma de medir las disparidades entre

---

<sup>537</sup> PNUD. Website disponible en: <http://hdr.undp.org/en/statistics/mpi>

<sup>538</sup> Las condiciones de vida son medidas con base en el Producto Domestico Bruto (GDP) per capita (PPP US\$).

hombres y mujeres. La Medida de Poder por Género mide cómo ocurren las disparidades entre hombres y mujeres en la esfera económica y política. Con eso, mide la participación en las decisiones económicas con base en el porcentaje de mujeres administradoras, gerentes, profesionales y técnicas. La participación política se mide a través del porcentaje de posiciones (en el parlamento u otra forma de representación) ocupadas por mujeres. Esas dos medidas son complementadas con el cálculo de remuneración de las mujeres.

El Índice de Pobreza, HPI, se calcula para países ricos y pobres pero con parámetros distintos. Los dos índices miden las privaciones con base en las mismas variables del HDI pero con algunas especificidades. El HPI-1 mide las privaciones en longevidad calculando el porcentaje de niños y niñas cuya esperanza de vida no supera los 40 años. Las privaciones de conocimientos se miden por el porcentaje de adultos analfabetos. También se calcula el porcentaje de personas que no tienen acceso a agua tratada, y niños y niñas con 5 años que tienen poco peso.

El HPI-2 mide las privaciones en longevidad calculando el porcentaje de niños y niñas cuya esperanza de vida no supera los 60 años. Calcula el porcentaje de adultos que son analfabetos funcionales; el porcentaje de personas que viven bajo la línea de pobreza establecida en el 50% de la renta media del país; y el porcentaje de desempleados durante 12 meses o más.

Además de esos cuatro índices, el PNUD también calcula el Índice de Desarrollo Tecnológico (*Technology Achievement Index, TAI*) que mide la capacidad de un país de crear, utilizar y participar de las innovaciones tecnológicas de nuestra era. Los parámetros de ese índice son, por ejemplo, el número de operadores de Internet *per capita*; exportaciones de productos de tecnología media o alta; número de teléfonos *per capita*; número de teléfonos móviles *per*

*capita*; porcentaje de estudios y alumnos en cursos como biología; matemáticas; ingeniería y otros.

Examinando esos principales índices del PNUD, se verifica que la evaluación principal es del desempeño o de la situación *ex-post* de los países. Por supuesto esa evaluación indica en qué campos hay discriminación por género y en qué áreas se producen más privaciones, pero en principio no indica nada sobre la capacidad de los países de cumplir y promover los derechos económicos, sociales y culturales; ni tampoco las dificultades que encuentran; o si están haciendo el mejor uso o adoptando las mejores estrategias a largo plazo para que esos derechos continúen siendo respetados. En otras palabras, la evaluación económica, social y cultural hecha hoy en día es demasiado estática y es necesario añadir una variable (o más) que dé cuenta de la dinámica de las estructuras económicas-sociales de los países.<sup>539</sup>

Los gobiernos deben hacer un esfuerzo para concentrar su atención en políticas sociales que impacten positivamente en el respeto a los derechos económicos, sociales y culturales. Por ejemplo, ejecutar políticas de distribución de la renta que implicarían una mejor condición de otros derechos económicos o una reversión significativa en el área social como en la educación.<sup>540</sup>

---

<sup>539</sup> El PNUD hace recomendaciones importantes que deben ser consideradas aquí. Como ejemplo de esto, la recomendación acerca de la propiedad intelectual que “debe ser objeto de una revisión profunda destinada a corregir ciertos efectos perversos, nefastos para la seguridad alimentaria, la sabiduría tradicional, la seguridad biológica y el acceso a los cuidados de la salud”. Ver, *Informe sobre el desarrollo humano*; PNUD; 1999; P.10. Respecto a los derechos de propiedad intelectual y las nuevas tecnologías, ver el mismo informe Cap. 2. “Nuevas tecnologías y la carrera global por el conocimiento”.

<sup>540</sup> Las inversiones en áreas sociales pueden ayudar a reducir la pobreza pero no necesariamente a reducir la desigualdad. Ver, Ferreira. A, *Relatorio 2001 sobre a renda no Brasil*; IPEA; 2001. El autor demuestra que la escolaridad explica el 40% de la desigualdad de renta en Brasil y cómo el resultado de los programas de transferencia de renta serían más eficaces para combatir la pobreza absoluta. Ferreira presenta un proyecto the Beneficio Social por el cual el gobierno garantizaría una ayuda financiera correspondiente al 1% del PIB para familias, ancianos, mujeres embarazadas y trabajadores en condiciones miserables elevando la renta domiciliar *per capita* del 20% más pobre. Programas de renta mínima como *Bolsa-Escola*, iniciado en 1995, también alcanzó un importante resultado en diversas regiones de Brasil y del mundo. Por otro lado, los avances en educación y empleos de las mujeres reducen la discriminación de género.

Esas son ideas generales pero podríamos citar otras situaciones en que esa evaluación se complica todavía más. Por ejemplo, el efecto de la deuda externa es un punto crucial para los países en vías de desarrollo o cuando un país se ve forzado a seguir recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y hace cortes de presupuesto en el sector social.

El propio FMI reconoce que algunas de sus medidas de reajuste y austeridad económica pueden afectar a los grupos más vulnerables de una sociedad. El FMI dice que:

“A corto plazo, algunas medidas que son necesarias para la estabilidad económica pueden herir a los grupos más vulnerables de la sociedad. La reforma probablemente genera cambios en la distribución de renta mientras unos grupos ganan y otros pierden como resultado de los cambios.”<sup>541</sup>

Así, se hace necesaria una evaluación no solamente de la situación económico-social pasada sino también de las perspectivas para el futuro próximo de los países. Claro que para eso las dificultades serán mucho mayores porque se hace necesario averiguar la posibilidad de evolución de esos indicadores sociales de desarrollo humano. En este análisis muchos elementos no plenamente objetivos o mensurables deben ser determinados y se les deben atribuir un peso relativo que considere no solo el aspecto particular de cada país sino también el pronóstico de la economía mundial.

### **11.2.3. Indicadores sociales mínimos**

En 29 de febrero de 1997, la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas aprobó la adopción de un conjunto de indicadores sociales que compondrían una base de datos nacionales mínima (*Minimum National Social Data Set, MNSDS*). Su objetivo era permitir el acompañamiento estadístico de los programas sociales a nivel nacional. La adopción de los

---

<sup>541</sup> FMI. Informe en Website disponible en: <http://imf.org/external/pubs/ft/survey/sup0900/index.htm> “In the short term, some measures that are necessary for economic stability may initially hurt some of society’s most vulnerable groups. Reform is likely to entail changes in income distribution as some groups gain or lose more than others as a result of policy changes.” (Traducción de la autora)

MNSDS tuvo su origen en una amplia consulta técnica a numerosos países y órganos internacionales. Se determinó que para el cálculo de los MNSDS los datos estadísticos deberían venir de fuentes regulares y fiables que desagregasen las informaciones entre género y otros grupos específicos según cada país.

Los indicadores mínimos recomendados por las Naciones Unidas abordan:

(1). Aspectos demográficos: total de la población; tasa de crecimiento por año; tasa de urbanización; ratio por sexo; ratio por dependencia; tasa de fecundidad; esperanza de vida al nacer por sexo; mortalidad infantil; mortalidad de menores de 5 años; mortalidad infantil de menores de 5 años por sexo y color de piel; uso de anticonceptivos entre mujeres con vida sexual activa; distribución de la población por color de piel.

(2). Trabajo y renta: el PIB *per capita*; renta mensual media; índice de Gini; tasa de actividad; tasa de desocupación; tasa de actividad de personas entre 15 y 65 años por sexo; tasa de desocupación de personas entre 15 y 65 años por color de piel y sexo; personas ocupadas con más de 10 años por naturaleza de la ocupación; personas ocupadas con más de 10 años por posición de trabajo; personas ocupadas con más de 10 años por años de escolaridad.

(3). Educación y condiciones de vida: la tasa de analfabetismo de personas con 15 años o más por sexo; tasa de escolarización de niños de 7 a 14 años por sexo; media de años de escolaridad de personas de 10 años o más de edad por sexo.

(4). Unidad familiar: el número medio de personas por familia; número medio de personas por domicilio; familias por sexo y cabeza de familia; familias por clases de rendimientos medios mensuales familiares; domicilios por condiciones de saneamiento y luz

eléctrica; domicilios por condición de saneamiento según el color de piel de la persona y región metropolitana.

¿Sería esta selección de indicadores mínimos compatible con la interpretación de los derechos económicos, sociales y culturales? Estas cuestiones son importantes porque, por ejemplo, además de las críticas hechas anteriormente, de un análisis superficial de los indicadores sociales mínimos se puede notar la ausencia de índices más detallados para la salud pública, seguridad social o el acceso al progreso científico y cultural. Eso quiere decir que los indicadores mínimos continúan limitados en el aspecto de no considerar a los derechos económicos, sociales y culturales como derechos adaptables, acumulativos y progresivos.

Los derechos económicos, sociales y culturales no son estáticos, son flexibles y necesitan ser adaptados constantemente, sea por fuerza del ambiente externo (el advenimiento del SIDA o el avance del cáncer no habrían sido previsibles algunos años atrás), sea por su propia naturaleza (la educación se adapta constantemente a los cambios de la sociedad y de las comunidades, por ejemplo, hoy en día es fundamental la enseñanza del manejo de ordenadores para paliar el fenómeno de los excluidos virtuales).

#### **11.2.4. La iniciativa de *Social Watch***

En su concepción, los indicadores sociales buscaban poner al ser humano en el centro del proceso de desarrollo y no solamente los datos económicos. Con ellos se podrían identificar las áreas donde existían contradicciones, conflictos y discriminación y con ese diagnóstico servir para orientar a los gobiernos en cómo desarrollar sus políticas públicas.

Sin embargo, en el momento actual, observamos que el discurso de los indicadores a través de cálculos complejos (pero no infalibles) se hace más importante que la realización de las

políticas públicas. Es decir, el “diagnóstico” de los problemas sociales se convierte en el centro de las atenciones y esfuerzos, mientras que el “tratamiento” es ignorado. Los indicadores sociales que deberían servir para diseñar políticas públicas con el fin de disminuir los problemas de discriminación y exclusión se vuelven un fin en sí mismos.

No se quiere quitar importancia a los indicadores. Por supuesto, el diagnóstico es esencial para determinar cómo tratar y solucionar los problemas de la sociedad moderna pero es fundamental que se adopten medidas que sirvan para, al menos, aliviar los síntomas de esos problemas. Los indicadores deben estar más directamente comprometidos con los objetivos y obligaciones concretos de los derechos económicos, sociales y culturales. Para eso, hay que elaborar y evaluar la realización de políticas públicas que corrijan las problemáticas reconocidas en los mismos indicadores. Específicamente en el caso de los derechos económicos, sociales y culturales, al menos, hay que evaluar las políticas públicas para medir el cumplimiento o no de las obligaciones asumidas por los Estados. De manera general, las políticas económicas deben ser una forma de resolver o disminuir los problemas sociales. Esas políticas deben estar comprometidas con los derechos económicos, sociales y culturales y, por medio de acciones concretas, responder o compensar las desigualdades que surgen del acceso diferenciado a los recursos económicos u otros procesos sociales sujetos a las obligaciones previstas por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Con ese objetivo, en 1995, se creó el Observatorio de la Ciudadanía (*Social Watch*) a partir de una iniciativa de organizaciones no gubernamentales de diferentes países. Social Watch buscaba monitorizar los procesos de implementación de los compromisos asumidos en las conferencias de las Naciones Unidas (Copenhague, 1995) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995) sobre los derechos económicos, sociales y culturales.

En mayo de 1998, Social Watch sugirió en la sesión del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ECOSOC) que fueran desarrollados mecanismos de recogida y difusión de los indicadores sociales. El Presidente del Comité, el Embajador Juan Somavía informo de que una iniciativa como la que proponía Social Watch era fundamental para fortalecer la capacidad del sistema de las Naciones Unidas y de los países de recopilar y analizar datos estadísticos. Durante la Session del ECOSOC, el Embajador Somavía dijo:

“(…) con el fin de supervisar los avances en la implementación de las conferencias a nivel nacional existe una necesidad urgente para el desarrollo de un sistema multilateral de indicadores básicos, así como la necesidad de fortalecer la capacidad del sistema de las Naciones Unidas y de los países para recopilar y analizar las estadísticas.”<sup>542</sup>

En el mismo año, la Secretaria de la División de Políticas Sociales y Desarrollo (DSPD) contrató al Instituto del Tercer Mundo, organización que cedía la secretaria de Social Watch para implementar un sistema de sitio de *web* para la visualización de los indicadores sociales.<sup>543</sup> La información disponible por medio de Internet se centra en los indicadores relacionados con los compromisos asumidos en las conferencias citadas anteriormente, provenientes de fuentes del sistema de la ONU y también otros indicadores básicos para contextualizar el ambiente de esos indicadores sociales.

Esa iniciativa es muy importante pero, todavía, la evaluación sobre la relación entre pobreza y desarrollo utilizada por Social Watch parte de una hipótesis básica de la teoría económica conocida como el “efecto cascada” (*trickle down effect*). Esa hipótesis establece que el crecimiento económico automáticamente alcanzará poco a poco los sectores más carentes de la

---

<sup>542</sup> Bissio, R. “The Social Watch Chart of Fulfilled Commitments an Unreachable Dream?” Social Watch. 1999.

<sup>543</sup> ONU, Resolución 51/202; 20 de julio de 1998.



sociedad. Son muchas las críticas a ese modelo y el propio PNUD reconoce que ni el crecimiento moderado ni el acelerado de la economía aseguran la reducción de la pobreza.<sup>544</sup>

#### 11.2.5. El índice de Guerra Sucia

La implementación de indicadores de salud efectivos requiere la colaboración y coordinación entre múltiples agentes y disciplinas. Es necesario que los expertos en salud pública tengan un dominio sobre esta perspectiva mediante el derecho humano. Los políticos y líderes deben tener conocimiento sobre las medidas de salud y los principales principios de la salud pública. Como ejemplo de cómo las dos disciplinas pueden trabajar juntas, en 2008, Hicks y Spagat introdujeron el índice de Guerra Sucia (Dirty War Index) para ayudar a los profesionales de la salud a monitorizar el impacto de los procesos políticos como forma de identificar señales de conflicto y también exponer indicadores de salud que puedan servir como evidencia en juzgamientos o en comisiones de la verdad.<sup>545</sup>

El Índice de Guerra Sucia busca identificar las tasas de situaciones de conflicto armado particularmente indeseables como las violaciones explícitas al derecho internacional humanitario (por ejemplo, muerte de civiles, tortura, lesiones en la infancia, y utilización de niños soldados) sobre los resultados de la guerra infligidos a las poblaciones. Así el Índice de Guerra Sucia (IGS) hace públicos “los resultados de salud directamente relacionados con la prevención, la vigilancia y la intervención humanitaria para la moderación de los efectos de la guerra.”<sup>546</sup>

---

<sup>544</sup> Instituto del Tercer Mundo/IBASE – Instituto Brasileño de Análisis Sociales y Económicos. *Observatorio de la Ciudadanía*; Nº. 3; Rio de Janeiro; 1999.

<sup>545</sup> Hicks, MH-R., Spagat M., *The Dirty War Index: A Public Health and Human Rights Tool for Examining and Monitoring Armed Conflict Outcomes*. PLoS Med 5(12): e243. doi:10.1371/journal.pmed.0050243

<sup>546</sup> El IGS se calcula como:  $IGS = (\text{Número de casos indeseables o violaciones al derecho humanitario} / \text{Número total de casos reportados}) \times 100$ . Los valores posibles varían entre 0 (mejor resultado) hasta 100 (peor resultado). Hicks, MH-R., Spagat M., *Op. cit.*

El IGS depende de una base de datos sobre la cual se calculan las peores violaciones al derecho humanitario, datos que muchas veces solo están disponibles después del período de conflicto, pero sigue siendo una de las herramientas más accesibles de cálculo e identificación del impacto de conflictos en la salud pública.

### **11.3. Angola y los informes sobre derechos humanos**

A título de entender cómo funciona el mecanismo de informes en la práctica, analicemos el caso de Angola. Angola, como Estado Parte de los principales tratados internacionales, debe poner en práctica sus disposiciones y debe presentar informes a los respectivos Comités por lo menos cada cuatro años, especificando las medidas que haya adoptado para la aplicación y el cumplimiento de sus obligaciones internacionales.

Durante el periodo de transición de la posguerra, desde 2002, la relación de Angola con los mecanismos de monitorización de los derechos humanos no es estable. En un primer momento, en 2004, Angola envió dos informes sobre las obligaciones relativas a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (conocido por la sigla en inglés CEDAW) con ocasión de la 31ª reunión de la ONU. El primer informe combinaba los informes retrasados del primer, segundo y tercer periodo, y el segundo informe combinaba los informes del cuarto y quinto cumpliendo con las resoluciones pendientes de Angola relativas al CEDAW hasta el año de 2004. Los informes al CEDAW fueron en gran parte positivos. Desde 1962, con la creación de la Organización de la Mujer Angoleña (Organização da Mulher Angoleña, OMA), las mujeres participaban activamente en el proceso político independentista incluso durante el conflicto, cuando desempeñaron un rol importante en combate.<sup>547</sup> Sin

---

<sup>547</sup> Ducados, H. *Op. cit.*

embargo, los informes al CEDAW no trataban a menudo la situación de discriminación y violencia contra las mujeres durante el conflicto o durante la transición.<sup>548</sup>

En 2004, Hina Jilani, Representante Especial del Secretario General de la ONU para el tema de los defensores de derechos humanos visitó Angola. El informe elaborado por la visita de la Representante Especial fue criticado y refutado por los representantes del gobierno angoleño deseosos de destacar los avances que llegaron a Angola desde la consecución de la paz en 2002.<sup>549</sup>

Angola presentó en 2008 su primer informe sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y, en 2009, Angola también envió el informe periódico relativo al Examen Periódico Universal de la ONU.

El apoyo de organizaciones internacionales como el Open Society Institute y Conectas, que promovieron oficinas de formación sobre mecanismos para el informe de violaciones de derechos humanos internacionales a organizaciones de la sociedad civil angoleña, fueron de gran importancia en ese periodo. Con el apoyo que recibieron cerca de diez organizaciones de la sociedad civil angoleña prepararon y enviaron informes alternativos ante la ONU sobre la situación de los derechos humanos en Angola.

Haciendo frente a críticas crecientes sobre la situación de los derechos humanos en Angola, desde 2008, el gobierno angoleño se muestra menos dispuesto a cooperar con los organismos de las Naciones Unidas y ha rechazado una recomendación de una invitación permanente a todos los expertos independientes (o procedimientos especiales) de los derechos

---

<sup>548</sup> Marques, N. *Op. cit.*

<sup>549</sup> *Angonotícias*. “Diplomata angoleño nega hostilidades do Governo aos defensores dos direitos humanos.” 14 de abril de 2005. Disponible en: <http://www.angonoticias.com/Artigos/item/4523>

humanos de la ONU. De hecho, en 2008, las autoridades angoleñas cerraron las actividades de la Oficina de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Angola. Según la organización Amnistía Internacional, las autoridades cerraron la oficina de la ONU para los Derechos Humanos en Angola afirmando que su misión se había terminado. Sin embargo, y como explica Amnistía Internacional:

“La [Oficina de la ONU] no era parte del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) en Angola, pero la Misión de Observadores de las Naciones Unidas en Angola (MONUA) le había permitido permanecer en el país al final de la misión de paz en 2002.” Aunque carente de personalidad jurídica, en Angola, el ACNUDH había sido reconocido como tal por las autoridades, que se refirieron como el ‘Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Angola’ cuando se comprometieron a trabajar más estrechamente con el organismo.”<sup>550</sup>

Las tensiones entre el gobierno y los mecanismos de informe de la ONU parecen continuar. Por ejemplo, a pesar de varias solicitudes, Angola no ha enviado una invitación al Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Vivienda, cuestión responsable de varias denuncias de violaciones a los derechos humanos sobre todo en la capital, Luanda. Además, las visitas de las organizaciones internacionales de derechos humanos a Angola y de periodistas internacionales son sistemáticamente obstaculizadas y los individuos se enfrentan a numerosos obstáculos para la obtención de visados.<sup>551</sup>

En 2013, la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Navy Pillay visitó Angola durante tres días. Después de reuniones con la sociedad civil, el cuerpo diplomático y el presidente, Pillay reveló que las violaciones de derechos humanos en Angola son preocupantes y

---

<sup>550</sup> Amnesty International. *Angola Submission to the African Commission on Human and People's Rights*. 51<sup>a</sup> Sesión Ordinaria. abril, 2012.

<sup>551</sup> Idem.

citó la desaparición de los defensores de derechos humanos António Alves Kamuningue y Isaías Cassule.<sup>552</sup>

Del mismo modo, Angola debe presentar informes periódicos a la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de conformidad con el artículo 62 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.

Angola presentó el primer Informe Periódico de 1990-1998 durante la 24ª Sesión Ordinaria de la Comisión Africana y el segundo Informe Periódico de 1999-2010 durante la 51ª Sesión Ordinaria, en 2012. Angola también recibió dos misiones: la Misión del Grupo de Trabajo sobre la Promoción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en 2010) y la Misión de los Derechos de la Mujer (en 2002). En 1998, Angola presentó un informe combinado 1992-1998 a la Comisión Africana de Derechos Humanos y una explicación oficial por la demora en la presentación de informes.

La forma de preparación de los informes fue duramente cuestionada en el informe paralelo de la sociedad civil por varios aspectos. En primer lugar, se cuestiona porqué el informe elaborado por el gobierno, en general, no incluye la participación de la sociedad civil. En segundo lugar, las organizaciones que suscriben el informe paralelo revelan que la información contenida en los informes del gobierno angoleño serían obsoletas o incorrectas.<sup>553</sup>

La organización Amnistía Internacional también expresó su preocupación por el hecho de que Angola no hubiera cumplido con sus obligaciones de derechos humanos de conformidad con los artículos de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, en particular, los

---

<sup>552</sup> FrontLine Defenders. “Angola: UN High Commissioner for Human Rights Navi Pillay Raises Case of Two Missing Human Rights Defenders.” Website disponible en: <http://www.frontlinedefenders.org/node/22515>

<sup>553</sup> *Angola Civil Society Supplemental Information to the Angola Periodic Report on the Implementation of the African Charter on Human and People’s Rights*. Luanda, 2012.

artículos: (1) Aplicación de medidas legislativas y de otro realizador de derechos humanos, (5) tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, (6) el derecho a la seguridad de la persona y la prohibición de la detención arbitraria, (9) el derecho a la información y a la libertad de expresión, (10) el derecho a la libertad de reunión, (12) la prohibición de la expulsión masiva de extranjeros, (14) el derecho a una vivienda adecuada, (16) el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, (18) protección de la familia y (62) los informes periódicos de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.<sup>554</sup>

Así se observa que además de las dificultades empíricas y prácticas de la utilización de los indicadores sociales, las sociedades en situación de post-conflicto, en particular Angola, tienen una relación muy delicada con los mecanismos de monitorización de los derechos humanos. Identificados los campos y áreas donde existen contradicciones y conflictos se puede recomendar una política de cooperación con el objetivo de apoyar a los países en transición a desarrollar mecanismos de obtención de datos y estadísticas necesarios para los informes de derechos humanos. En un segundo momento, un diagnóstico más preciso, con indicadores más exactos debería de servir para orientar a los gobiernos en transición sobre cómo desarrollar sus políticas públicas. El sistema de indicadores y de ordenamiento por clasificación (*ranking*) internacional actual no es suficiente para evaluar la realización de políticas públicas que corrijan las problemáticas particulares de esas sociedades.

---

<sup>554</sup> Amnesty International. *Op. cit.*

## Conclusión

**“The idea that some lives matter less is the root of all that is wrong with the world.”**  
- Dr. Paul Farmer

El final de la Guerra Civil en Angola no significó la vuelta a la normalidad. De hecho, la transición impuso un nuevo sistema autoritario marcado por la supremacía de los intereses del bando victorioso y la negación de sus principios políticos e ideológicos así como de los vencidos y del resto de la oposición. A la represión política generalizada se suma la pobreza extrema generalizada y escasez de servicios básicos como de salud y de saneamiento. Esa es la realidad en muchas sociedades de posguerra. Esa fue la realidad de España en 1939. Esa fue la realidad de Angola en 2002 y continúa siendo la realidad en Angola en 2014. Las sociedades en transición post-conflicto experimentan fenómenos similares. La posguerra en Angola ofrece un parámetro y ejemplos concretos de los desafíos a los que una sociedad post-conflicto se enfrenta para garantizar la paz y el proceso democrático.

Los fenómenos observados en una década de posguerra en Angola y comunes a las sociedades post-conflicto son principalmente: (1) el crecimiento de la población aunque con tasas de mortalidad elevadas, (2) un proceso de urbanización acelerada sin control o estructuras básicas; (3) la pobreza extrema y altos niveles de desigualdad; (4) el colapso de la infraestructura, de los sistemas de salud y saneamiento básico; (5) la escasez generalizada de profesionales y (6) un sistema político-económico débil.

Esos fenómenos no han sido plenamente considerados en los análisis sobre cómo alcanzar el éxito en procesos de transición y consolidación de la paz. Esta tesis busca responder a la ausencia en la literatura de un estudio profundo de los fenómenos identificados. Por eso, una vez identificados esos fenómenos generales, comunes a sociedades en post-conflicto, esta tesis

ha buscado encontrar una medida viable y deseada por la sociedad angoleña para resolver las tensiones que generan inestabilidad y alcanzar el objetivo de paz y desarrollo.

El estado de salud de los angoleños se encuentra entre los peores del mundo. La esperanza de vida al nacer es de 51 años para los hombres y 55 años para las mujeres.<sup>555</sup> La tasa de mortalidad de menores de cinco años es extremadamente alta con 158 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2007.<sup>556</sup> La malaria es la principal causa de morbilidad y mortalidad, y amenaza a toda la población.<sup>557</sup> Angola tiene aproximadamente 6 millones de casos de malaria al año, lo que indica que más de un tercio de la población está directamente afectado cada año.<sup>558</sup>

Frente a esta realidad, y por medio de consultas en Angola con representantes del gobierno, la sociedad civil, ciudadanos comunes, expertos y representantes de organizaciones no gubernamentales (ONGs), nacionales e internacionales, se identificaron algunas áreas de prioridad e intereses general. Entre esas áreas, se destaca la necesidad de un sistema de salud pública que utilice profesionales comunitarios de salud para ofrecer servicios básicos de salud, sobre todo de cuidados primarios de salud.

Este análisis considera que la falta de inclusión de la sociedad civil en el proceso de negociación de la paz ha contribuido a que los procesos de transición que no consideraran las particularidades y necesidades de las sociedades involucradas en el mismo proceso de transición post-conflicto. Además, la no realización de las necesidades identificadas por la sociedad angoleña, como un sistema de salud pública, puede desembocar en una barrera o un riesgo a la efectividad del proceso de paz y de la transición hacia la democracia.

---

<sup>555</sup> Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.

<sup>556</sup> Idem.

<sup>557</sup> Banco Mundial. *Angola: Project Information Document (PID) Appraisal Stage. Report N°. AB4517*. Washington DC. World Bank, 2009.

<sup>558</sup> Idem.



Se percibe en la sociedad africana, y en particular, en la sociedad angoleña, el deseo por un sistema político democrático. Las transiciones políticas y de post-conflicto presentan momentos propicios para el desarrollo de sistemas democráticos. La realización del derecho a la salud por vías de un sistema de salud pública sirve como importante herramienta de desarrollo de la democracia.

La relación entre el derecho a la salud y la democracia es de causa y consecuencia. Si por un lado, los países con sistemas democráticos más desarrollados tienden a tener niveles de salud más elevados, las inversiones en sistemas de salud que promuevan el derecho a la salud, así como los derechos humanos en general, son formas de legitimar un sistema político, promover la cultura cívica y la participación política. Así, es necesario aplicar los derechos humanos y el derecho a la salud para que la democracia se vuelva un sistema político legítimo y las personas sientan que la opción por la democracia es una elección ética y moral.

Se consideraron aquí las inversiones en un sistema de salud pública como una forma de protección y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales. Las inversiones en un sistema de salud pública durante el proceso de transición post-conflicto son fundamentales por una serie de razones. Primeramente, porque el derecho a la salud es vinculante en el Derecho Internacional y los sistemas regionales como la Comisión Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos. El concepto de salud pública y el derecho a la salud se han desarrollado concomitantemente al desarrollo de los derechos humanos que, incorporados al Derecho Internacional, definen tres tipos de obligación: las obligaciones de respetar, de proteger y de cumplir.

En segundo lugar, el derecho a la salud frecuentemente se concibe como derecho en las leyes nacionales incluso las Constituciones, como la Constitución angoleña de 2010. La creciente

inclusión del derecho a la salud en constituciones de todo el mundo incluso, y principalmente, de países en post-conflicto sugiere que (1) el derecho a la salud es un consenso cultural alcanzado por la comunidad internacional y (2) que los sistemas de salud pública son una necesidad concreta de esas sociedades. Además, la adopción de las normas de derechos humanos en niveles múltiples (nacional, regional e internacional) aumenta la probabilidad de implementación de esas normas así como la fiscalía de su implementación.

En tercer lugar, las inversiones en un sistema de salud pública pueden afectar a otros derechos como el derecho a la educación. Esa relación de complementariedad y suplementariedad entre los derechos humanos es una forma de comprender la “universalidad y indivisibilidad” de los derechos, reconocidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y la segunda Conferencia Mundial de los Derechos Humanos en Viena (la Declaración de Viena).

Reconocer que las inversiones en un sistema de salud tiene un impacto en otros derechos es reconocer en la práctica que las dos ‘generaciones’ de derechos humanos, aunque separados por dos pactos (el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, PIDCP, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC), son “universales e indivisibles, interrelacionados e interdependientes”.

En medio de las crecientes tensiones de la Guerra Fría, la división entre los dos pactos principales, tuvo un efecto negativo en los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) que fueron relegados a la condición de derechos de "segunda generación", manifestando la fragilidad de la idea de la indivisibilidad de los derechos humanos.<sup>559</sup>

---

<sup>559</sup> Como ejemplo de cómo los derechos económicos, sociales y culturales fueron relegados dándose preferencia a los derechos civiles y políticos se puede señalar que el Pacto de los Derechos Políticos y Civiles creó un órgano de supervisión del mismo Pacto, cosa que no se hizo en el caso del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En el caso de este segundo, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales solo se

Durante la hegemonía del sistema neoliberal, una vez más, los DESC fueron relegados a un segundo plano. Pero el proceso de globalización coincide con el avance y protección de los derechos humanos incluso de los DESC.<sup>560</sup> Como explica Naomi Klein, eso sucede porque las violaciones de los derechos no ocurren aisladas de las ideologías político-económicas. De hecho, durante tres décadas las ideas de liberalismo económico de Milton Friedman y de la Universidad de Chicago se han impuesto sobre sociedades en situaciones vulnerables después de un choque (desastres naturales, crisis económicas, o conflictos). Esas políticas favorecen a corporaciones y a la privatización del colectivo generando, en un primer momento, altos grados de concentración de riqueza y desigualdad y, en un segundo momento, inestabilidad social y violaciones generalizadas de los derechos humanos, incluso de los derechos políticos y civiles. El avance de los DESC ocurre como un impulso de reacción a las políticas neoliberales. Si, por un lado, el momento de crisis es propicio a la implementación de políticas de austeridad económica con el objetivo de reducir los gastos de los gobiernos, los sistemas de seguridad social y permitir la liberalización total de los mercados nacionales a la privatización y al sector financiero internacional (definido por Klein como “doctrina del choque”), por otro lado, también es propicio para que se desarrollen alternativas prácticas y de resistencia social. Una alternativa sugerida en este análisis para sociedades post-conflicto es implementar sistemas de salud pública inmediatamente después de la guerra.

Los conflictos prolongados y violentos provocan millones de víctimas directas e indirectas y tienen consecuencias físicas, sociales y psicológicas a largo plazo y para varias generaciones. Esos efectos son muy difíciles de rectificar a través de un proceso de reparaciones

---

creó diez años después. Cabe notar que al Comité creado por el PIDCP para supervisar aquel Pacto le fue otorgado el nombre “Comité de Derechos Humanos”, como si los derechos se limitaran a los derechos civiles y políticos. Ver, Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>560</sup> Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., *Op. cit.*

tradicional porque exigirían recursos financieros significativos. Esos conflictos también suelen producir pobreza extrema con víctimas frecuentemente más interesadas en su propia supervivencia y formas de mantener condiciones mínimas de vida que en la justicia más tradicional. Un sistema de salud pública de calidad tiene el potencial de promover la justicia transicional a través de una reparación colectiva y distribución de los recursos de manera generalizada, lo que permite, a su vez la reducción de la pobreza.

Además de reducir las desigualdades y la pobreza, las inversiones en la salud pública pueden ayudar a la recuperación del trauma y desorientación provocados por la guerra en sociedades en post-conflicto, permitiendo que las víctimas puedan organizarse para buscar lo que les era de derecho antes del conflicto.

Los derechos humanos y, en particular, la promoción del derecho a la salud, deben ser entendidos como una herramienta para alcanzar el objetivo de cambio de las estructuras sociales y las relaciones de poder promoviendo más equidad. El respeto a esos derechos no se puede medir únicamente con base en indicadores sociales determinados o por medio del crecimiento económico.

Los indicadores y las iniciativas de monitorización del respeto a los derechos económicos, sociales y culturales por parte de las Naciones Unidas y de la sociedad civil en el ámbito nacional e internacional han avanzado en las últimas décadas. Pero, los indicadores de desarrollo humano actuales todavía no son perfectos. De hecho, los indicadores sociales tomados de forma cuantitativa o únicamente como determinantes clasificatorios (*ranking*) se vuelven peligrosos y obsoletos una vez que parecen no promover una mejoría en el disfrute de esos derechos, principalmente cuando analizamos la distribución de renta y la pobreza.

Como dice Candido Grzybowski, “los indicadores parecen más generacionales que sociales”.<sup>561</sup> Con eso, Grzybowski quería decir que los indicadores demuestran que la generación de nuestros hijos y nietos podrá ser mejor que la nuestra pero que la estructura social de desigualdad se mantendrá igual.

Manteniendo la misma estructura social no se pueden cambiar las desigualdades regionales, ni la desigualdad de género, ni la desigualdad entre negros y blancos o blancos e indígenas. Las estructuras sociales, las relaciones y procesos sociales son los factores responsables de la pobreza, la marginalización, la exclusión y la discriminación. Así, solo una sociedad más redistributiva es capaz de garantizar el desarrollo humano, económico, la sustentabilidad de los cambios en las relaciones de poder y hasta el mismo funcionamiento de la propia democracia.

Además, hay una distinción importante entre el crecimiento económico y el desarrollo humano. El impacto del crecimiento económico sobre la salud puede no ser significativo. Sin embargo, la salud fue objetivamente incluida como parte necesariamente determinante del índice de desarrollo humano utilizado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD). La salud contribuye a la reducción de la pobreza y al desarrollo económico y social en sociedades de post-conflicto. Por lo tanto, se deben evaluar los derechos económicos, sociales y culturales por medio de varios parámetros que consideren los derechos humanos como una red de derechos con relaciones complejas de interdependencia y acumulación. No se deben aislar los derechos económicos, sociales y culturales puntualmente sino que hay desarrollarlos cada vez más.

---

<sup>561</sup> Grzybowski, C., “O Brasil que nao muda.” *Folha de S. Paulo*, 12 de abril de 2001; P.3. (Traducción de la autora)

La comunidad internacional también tiene su interés y responsabilidad en el proceso de implementación de políticas de salud pública durante la transición de la posguerra. Interés porque el riesgo de una epidemia es global es real. El desarrollo de los medios de transporte y comunicación hace que ninguna parte del mundo esté totalmente aislada de epidemias. La comunidad internacional también tiene responsabilidad porque los países en situación de post-conflicto son generalmente frágiles y no poseen todas las condiciones necesarias para diseñar e implementar sistemas de salud comprensivos de manera totalmente independiente. Es posible que esas sociedades hagan frente a varios desafíos como determinación política, capacidad técnica y recursos que los vuelven susceptibles a las pérdidas, la corrupción y el desinterés de las agencias financiadoras por los riesgos percibidos y la inseguridad sobre los retornos de sus inversiones.

Para finalizar, las inversiones en la salud pública en el momento de transición post-conflicto generan retornos financieros importantes. Se ha demostrado aquí que además de los retornos financieros, un sistema de salud pública tiene un valor atribuido a las vidas salvadas, el sufrimiento evitado, y los beneficios de una población más sana a largo plazo para la sociedad y la economía. Si no se implementan políticas de salud pública inmediatamente después de la guerra, esas sociedades experimentan una demanda más compleja y creciente a cada año, elevando el coste absoluto para la sociedad.

El sistema de salud pública propuesto, aunque a gran escala, es financieramente viable en el contexto angoleño. Eso es porque el coste medio anual del sistema en los próximos 10 años representa menos del 0,5% de los ingresos petrolíferos anuales de Angola. Esa conclusión no significa o sugiere que se deba implementar la política propuesta mecánicamente, sino que

proporciona la información necesaria para permitir una evaluación adecuada de las políticas públicas y la distribución de los recursos disponibles.

Angola, en particular, debido sobre todo a los recursos naturales que posee, ha podido sustentar un rápido crecimiento económico basado en las exportaciones de petróleo y diamantes. Es probable que el crecimiento económico haya retardado los efectos de una inestabilidad generada por los desafíos de la posguerra. Esa no es siempre la realidad de otros países en contexto post-conflicto. Sin embargo, el crecimiento económico no es suficiente para reducir las tensiones impuestas por los fenómenos descritos anteriormente a largo plazo. Desde un punto de vista positivo, es posible y probable que el crecimiento económico retrase los efectos nocivos de esos fenómenos permitiendo que en Angola, a pesar de los fracasos experimentados en la última década, todavía se pueda implementar políticas públicas, como un sistema de salud pública, que logren un desarrollo humano sostenible y la consolidación de la paz y la democracia.

## BIBLIOGRAFIA

- Abu-Ghaida, D., Klasen, S. *The Economic and Human Development Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity*. Washington, DC. World Bank, 2004.
- Agadjanian V, Prata N. Civil war and child health: regional and ethnic dimensions of child immunization and malnutrition in Angola. *Social Science and Medicine* 2003; 56(12):2515–2527.
- Alexander, J. “A Scoping Study of Transitional Justice and Poverty Reduction”, Department for International Development (DFID), Londres, 2003.
- Amnesty International. *Angola Submission to the African Commission on Human and People’s Rights*. 51<sup>a</sup> Sesión Ordinaria. abril, 2012.
- Anand, S., Desmond. C., Marques, N., Fuje, H., *The Cost of Inaction: Case studies from Rwanda and Angola*. FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University, Boston, 2012.
- Anderson, C. “A ‘Hollow Mockery’: African Americans, White Supremacy, and the Development of Human Rights in the United States.” En Soohoo, C., Albisa, C. y Davis, M. *Bringing Human Rights Home: A History of Human Rights in the United States*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2007.
- Appleton, S., “Education and Health at the Household Level in Sub-Saharan Africa”. Center for International Development at Harvard University Working Paper N°. 33, enero 2000.
- Aristotle, “On the Soul, Book III”, en *Aristotle I, Great Books of the Western World*, Volumen 8, Editora Mortimer J. Adler. Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1952.
- Ase, I., Buriyovich, J. “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?” *Salud Colectiva*. V. 5, N°. 1, enero/abril, 2009.
- Balestino, R. Ignatowski, C., RODRIGUES, C. “Youth Assessment in Angola.” USAID, 2006.
- BBC News. “Women to rule Rwanda parliament.” Londres, UK, 2008. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7620816.stm>
- Besley, T., Kudamatsu, M. “Health and Democracy”. Departamento de Economía, London School of Economics. Londres, 10 de enero, 2010.
- Bessis, S., Goumeziane, S. y Dahmani, A., *Algeria: Violations of Economic, Social and Cultural Rights*. FIDH; N°. 319/2; Noviembre 2001.
- Berkman, L., Kawachi, I. “A historical framework for social epidemiology.” En: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2000.



- Bissio, R. "The Social Watch Chart of Fulfilled Commitments an Unreachable Dream?" Social Watch. 1999.
- Bloom, D., Canning, D. *Population Health and Economic Growth*. Commission on Growth and Development. Working Paper 2. Washington, 2008.
- Campos, I., y Vines, A., "Angola and China - A Pragmatic Partnership", *CSIS Conference on Prospects for Improving U.S.-China-Africa Cooperation*; Washington D.C., 2008.
- Cavaleiro, D. "Angola aposta em privatizações mas tem calma nas PPP por causa de Portugal", *Negocios Online*. 15 de mayo de 2013.
- Cavallaro, J. y Albuja, S. "The Lost Agenda: Economic crimes and Truth Commissions in Latin America and beyond." en *Transitional Justice from Below: Grassroots Activism and the Struggle for Change*, ed. Kieran McEvoy and Lorna McGregor, Oxford Hart Publishing, 2008.
- Cecchini, S., Madariaga, A. "Programas de Transferencias Condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe." *Cuadernos de la CEPAL*, Naciones Unidas y Asdi. Santiago, Chile, junio, 2011.
- Chabal, P. "Transitions in Angola". En: Chabal, P., Vidal, N., editores. *Angola: The Weight of History*. Chichester, NY: Columbia University Press, 2008.
- Chapman, A. "Core obligations related to the right to health." En: Chapman A, Russell S, eds. *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*. Nueva York, NY: Intersentia; 2002.
- Comité Internacional de La Cruz Roja (CICR), Treaties and State Party to Such Treaties. Disponible en: <http://www.icrc.org/ihl/INTRO/380>
- Connor, C., et al., *Angola Health System Assessment*; Bethesda: USAID y Abt Associates Inc., 2005.
- Corkin, L. *Angola's Current Economic Prospects: Oil a Curse or a blessing?* Madrid, Spain: Real Instituto Elcano, 2009.
- Craven, M., *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on Its Development*. Oxford, England: Clarendon Press. 1995.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 21(3), 1948.
- Departamento de Estado. Bureau of African Affairs. *Background Note: Rwanda*. Washington, DC, Estados Unidos, 2009.

- Diamond, L. *The Spirit of Democracy: The struggle to build free societies throughout the world*. Henry Holt and Company, New York, 2008.
- Donahue, J., *Strengthening households and communities: The key to reducing the economic impacts of HIV/AIDS on children and families*, 2005.
- Ducados, H., “Angolan women in the aftermath of conflict.” *Accord Insights*, Volume 15, 2004.
- Elkins, Z., Ginsburg, T., Simmons, B., “Getting to Rights: Treaty Ratification, Constitutional Convergence, and Human Rights Practice. *Harvard International Law Journal*, Vol. 54, Nº. 1, 2013.
- Espada, J. C. “The Sources of Extremism”, *Journal of Democracy*, Volume 23, octubre de 2012.
- Farmer, P. *Pathologies of Power: health, human rights and the new war on the poor*. University of California Press, Berkeley y Los Angeles, California. 2003.
- Ferreira, A., *Relatorio 2001 sobre a renda no Brasil*; IPEA; 2001.
- Friedman, M. *Capitalismo e Liberdade*. Abril Cultural S.A., São Paulo, 1984.
- FrontLine Defenders. “Angola: UN High Commissioner for Human Rights Navi Pillay Raises Case of Two Missing Human Rights Defenders.” 2013. Website disponible en: <http://www.frontlinedefenders.org/node/22515>
- Furtado, C., *O Mito do Desenvolvimento Econômico*. Paz e Terra, 1974.
- Gabelnick, T. *Angola destroys antipersonnel landmine stocks by 1 January 2007 deadline*. Luanda. Angola: Ministério da Saúde e Diretório da Saúde Pública, 2004.
- Gagnon, G., and Kass, S., *They pushed down the houses*; New York: Human Rights Watch, SOS Habitat, 2008.
- Gertler, P., *Lost Presence and Presents: How Parental Death Affects Children*. 2004.
- Global Black History, *Why the Portuguese are returning to Mozambique*, septiembre 13, 2002.
- Gollin, D., y Zimmermann, C., “Malaria: Disease Impacts and Long-Run Income Differences”, *Institute for the Study of Labor (IZA)*/2997, agosto, 2007.
- Gómez-Arias, R., “La Noción de Salud Pública”, Universidad de Antioquia, Medellín, setiembre de 2003.

- Gonçalves, J. *O Descontínuo Processo de Desenvolvimento Democrático em Angola*. Centro de Estudos Africanos, Lisboa, Portugal, setiembre de 2003.
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y.B., Cueto, S., et. al., “Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries”, *The Lancet*, 369, 2007.
- Grzybowski, C., “O Brasil que não muda.” *Folha de S. Paulo*, 12 de abril de 2001.
- Hafner-Burton, E. y Tsutsui, K. “Human Rights in a Globalizing World: The Paradox of Empty Promises.” *American Journal of Sociology*. Soc. 2005.
- Hampson, F.O., *Nurturing Peace: Why Peace Settlements Succeed or Fail*. US Institute of Peace Press. Washington D.C., 1996.
- Hayek, F. *Camino de Servidumbre*. Alianza Editorial. Madrid. 2005.
- Hegre, H., Nygard, H.M., Strand, H. Gates, S. y Flaten, R.D., *The Conflict Trap*. Octubre, 2011.
- Hermann, K., et. al, “Community health workers for ART in Sub-Saharan Africa: learning from experience - capitalizing on new opportunities”, *Human Resources for Health*, 7, 2009.
- Herrera Flores. J. “16 Premisas de una teoría crítica del derecho”. *Teoria Crítica dos Direitos Humanos*. Editora Fórum. 2011.
- Herz, B., Subbarao, K., Habib, M., y Raney, L. *Letting Girls Learn: Promising Approaches in Primary and Secondary Education*. Washington, DC: World Bank, 1991.
- Hicks, MH-R., Spagat M., *The Dirty War Index: A Public Health and Human Rights Tool for Examining and Monitoring Armed Conflict Outcomes*. PLoS Med 5(12): e243. doi:10.1371/journal.pmed.0050243, 2008.
- Hodges, T. “The economic foundations of the patrimonial state”. En: Chabal, P., Vidal, N., editores. *Angola: The Weight of History*. Chichester, NY: Columbia University Press, 2008.
- Instituto del Tercer Mundo/IBASE – Instituto Brasileño de Análisis Sociales y Económicos. *Observatorio de la Ciudadanía*; Nº. 3; Rio de Janeiro; 1999.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de la Salud, Macro International Inc. *Rwanda Service Provision Assessment Survey 2001*. Kigali, Ruanda, 2003.
- IRIN, *Angola: Witchcraft an excuse for child abuse*. 2006. Disponible en: <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=62424>

- Isaken, J., Amundsen, I. Wiig, A., Abreu, C., “Budget, State and People: Budget Process, Civil Society and Transparency in Angola.” Chr Michelsen Institute, Bergen, Noruega, 2007.
- Kaun, A., 'When the displaced return: Challenges to 'Reintegration' in Angola', *New Issues in Refugee Research*; Washington D.C.: USCIS, 2008.
- Keynes, J. *The General Theory of Employment, Interest, and Money*. Classic House Books. Nueva York, 2008.
- Klein, N. *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, Henry Holt & Cia, NY, julio 2008.
- Kottow, M., “[Bio]ética y políticas pública sanitarias.” *Nuevos Folios de Bioética*. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, Chile. 3 de diciembre 2010.
- Kouyaté, B., Some, F., Jahn, A., Coulibaly, B., Eriksen, J., Sauerborn, R., Gustafsson, L., Tomson, G., Becher, H., y Mueller, O., “Process and effects of a community intervention on malaria in rural Burkina Faso: Randomized controlled trial”. *Malaria Journal* 2008; 7(50):1–13.
- Krieger, N. “Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an eco-social perspective.” *Am J Public Health*. 2003; 93:194–199.
- Kristjansson, B., Petticrew, M., MacDonald, B., Krasevec, J., Janzen, L., Greenhalgh, T., Wells, GA., MacGowan, J., Farmer, AP., Shea, B., Mayhew, A., Tugwell, P., “School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged students”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009.
- Lehmann U, Sanders D. *Community Health Workers: What do we Know about them? The State of the Evidence on Programmes, Activities, Costs and Impact on Health Outcomes of using Community Health Workers*. Geneva, Suiza: WHO, 2007.
- Lessa, C. “A Opção pelos Pobres e a Crítica de Delfim Netto.” *Valor Econômico*. 14 de febrero de 2007.
- Levitsky, S y Way, L. “The Rise of Competitive Authoritarianism”, *Journal of Democracy*, Volume 13, April 2002.
- Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zarenstien M, Scheel IB. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases (review). *The Cochrane Collaboration* 2010.
- MacLeod, L., Hall, A. *Constructing Peace: Lessons from UN Peacebuilding Operations in El Salvador and Cambodia*. Lexington Books. 2006.

- Mani, R. *Beyond Retribution. Seeking Justice in the Shadows of War*. Cambridge/Oxford: Polity Press, 2002.
- Mani, R. 'Dilemmas of Expanding Transitional Justice, of Forging the Nexus between Transitional Justice and Development'. *IJTJ* 2, 2008.
- Marmot, M., Wilkinson, RG. editores. *Social Determinants of Health*. London, England: Oxford University Press; 1999.
- Marques, N. *Struggling through Peace: Return and Resettlement in Angola*. Human Rights Watch, Nueva York, NY, 2003.
- Marx, K. *El Capital*, Libro III. Fondo de Cultura Económica. México, 1959.
- May, L. "Reparations, Restitutions and Transitional Justice." Essay, Vanderbilt University. 2011. Disponible en: <http://iis-db.stanford.edu/evnts/6421/85-Reparations, Restitution, and Transitional Justice.pdf>
- Messiant, C., "Why did Bicesse and Lusaka fail? A critical analysis." *Accord*, Volumen 15, 2004.
- Messiant, C., "The mutation of hegemonic domination", En P. Chabal and N. Vidal (editores.), *Angola: the weight of history*; New York, Chichester, West Sussex: Columbia University Press, 2008.
- Michel-Foucault, "Historia de la medicalización", en la segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estadual de Río de Janeiro, Brasil. Octubre de 1974.
- Morel, C., Lauer, J. y Evans, D. "Cost effectiveness analysis of strategies to combat malaria in developing countries". *British Medical Journal* 2005; 331(7528):1-7.
- Müller, A., Limitations to and Derogations from Economic, Social and Cultural Rights. Human Rights Law Review, Oxford University Press, 2009.
- Nielsen, R., Simmons, B. *Rewards for Ratification: Payoffs for Participating in the International Human Rights Regime?*, 7 de octubre de 2013. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=1451630> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1451630>
- Osorio, R. "O Sistema Classificatório de 'Cor ou Raça' do IBGE. Texto para Discussão N° 996. IPEA, Brasília, 2003.

- Pappas, G., Agha, A., Rafique, G., Khan, K.S., Badruddin, S.H. Y Peermohamed, H. "Community-based approaches to combating malnutrition and poor education among girls in resource-poor settings: Report of a large scale intervention in Pakistan." *Rural and Remote Health*, 2008; 8(3):820.
- Pham, P., Vinck, P., Stover, E., Moss, A., Wierda, M., y Bailey, R. "When the War Ends. A Population-Based Survey on Attitudes About Peace, Justice and Social Reconstruction in Northern Uganda", Berkley: Human Rights Center, University of California, 2007.
- Pham, P., Vinck, P., Weinstein, H. *Human Rights, transitional justice, public health and social reconstruction*. Social Science and Medicine 70, 2010.
- Phillips, J., Bawah, A., Binka, F. "Accelerating Reproductive and Child Health Program Development: The Navrongo Initiative in Ghana", *Population Council, Nueva York, NY*, 2005.
- Posada-Vergara, M.P., et al., "High reduction in mother-to-child HIV transmission in Angola with national protocol". Abstract no. THPE0254, *XVII International AIDS Conference*; Ciudad de México, 2008.
- Ray A, Salihu H. "The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives". *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004; 24(1):5–11.
- República de Angola. Constituição. 5 de febrero, 2010.
- República de Angola. Notificación dirigida al CICR el 27 de septiembre de 1984.
- Republica de Ruanda. Constitución Nacional. 2003.
- Republica de Sudan. The Interim National Constitución. 2005.
- Revista Internacional de la Cruz Roja, septiembre-octubre de 1984, n° 242.
- Rodrigues, A. para *Agência Brasil*. "Justiça de Angola condena jovens presos durante protesto contra o governo." 12 de setiembre de 2011.
- Rubenstein, Leonard S., *Post-Conflict Health Reconstruction: new foundations for U.S. Policy*. Working Paper. United States Institute of Peace. Setiembre, 2009.
- Ruger, J.P., "Democracy and health". Commentary, *QJM International Journal of Medicine*, Volume 98, Issue 4, 2005.
- Schultz, P., "Population Policies, Fertility, Women's Human Capital, and Child Quality", *Economic Growth Center Yale University*, /Center Discussion Paper N°. 954, 2007.

- Sen, A, "Poverty: an ordinal approach to measurement." *Econometrica*, no. 44, 1976.
- Sen, A., *Poverty and Famines*. Clarendon Press; Oxford, 1981.
- Sen, A. "Democracy as a Universal Value," *Journal of Democracy*, Volume 10, julio 1999.
- Sen, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. Companhia da Letras. São Paulo. 2000.
- Shumpeter, J. Capitalism, Socialism and Democracy. First Harper Perennial Modern Thought Edition. Nueva York, 2008.
- SIC Notícias. "Famílias exigem saber paradeiro dos presos na manifestação em Luanda e montam vigias junto a esquadras". 6 de setiembre de 2011.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502. 2005.
- Stedman, S., Rothchild, D., Cousens, E., *Ending Civil Wars: The Implementation of Peace Agreements*. The International Peace Academy. 2002.
- Suhrcke M, de Paz Nieves C., *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of evidence*. WHO. 2011.
- Telles, E. *Race in Another America: The significance of skin color in Brazil*. Princeton University Press, Woodstock, Oxfordshire. 2004.
- TPI. "Lubanga case: Trial Chamber I issues first ICC decision on reparations for victims". ICC-CPI-20120807-PR831. 7 de agosto de 2012.
- Tribunal Constitucional. Acórdão 111/2010. Angola, 30 de enero de 2010.
- Tuner, Thomas. *Congo Wars: conflict, myth & reality*. Zed Books Ltd., Nueva York, 2007.
- Vidal, N. "The Angolan regime and the move to multiparty politics." En: Chabal, P., Vidal, N., editores *Angola: The Weight of History*. Chichester, NY: Columbia University Press, 2008.
- Vila, L., "The Non-monetary Benefits of Education", *European Journal of Education*, N°. 35/1, 2000.
- Walter, B.F., *Committing to Peace: The Successful Settlement of Civil Wars*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey. 2002.
- Winkler, A. "The New Deal: Accomplishments and Failures." Testigo ante el Comité sobre Bancos, Vivienda y Asuntos Urbanos del Senado de los E.E. U.U., 31 de marzo de 2009.

Wolff, J. *The Human Right to Health*. Amnesty International Global Ethics Series. 2008.

Wolkmer, A. C., *Constitucionalismo y Derechos Sociales en Brasil*; Editora Academica; São Paulo, 1989.

Wolkmer, A., *Fundamentos de História do Direito*. 2a. Edição. Del Rey. Belo Horizonte, 2001.

Wotipka, C. M., y Ramirez, F. "World Society and Human Rights: An Event History Analysis of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women." En *The Global Diffusion of Markets and Democracy*, Simmons, B., Dobbin, F. y Garrett, G. (Editores); Nueva York, Cambridge University Press. 2003.

Yamin, A. "The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States". *American Journal of Public Health*. 2005 julio; 95(7): 1156-1161. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449334/>

Zachariah, R., et al., "Task Shifting in HIV/AIDS: Opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103/6, 2009.

## Documentos de Las Naciones Unidas

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (Protocol of San Salvador). Washington. Estados Unidos; 1988.

*African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights*. Banjul, Gambia: Organization of African Unity (African Union); 1982. OAU document CAB/LEG/67/3 rev 5.

Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, 2002.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No. 3: the Nature of States Parties' Obligations*. Geneva, Switzerland: United Nations; 1990. UN document E/1991/23, annex III.

Committee on the Rights of the Child, "State Report on Angola." United Nations, 2008.

Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, Resolución 435. 1978.

Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños. 1989.



*Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Racial Discrimination: United States of America.* Geneva, Switzerland: United Nations: 2001. UN document A/56/18.

*Convention Concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries (Convention 169).* Geneva, Switzerland: International Labour Organization; 1989.

Office of the U.N. High Commissioner for Human Rights, *The Right to Health: Fact Sheet N° 31* 10. 2008. Disponible en:  
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

OIT. “Acerca de la OIT”. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Julio 1946.

OMS. Declaración de Alma Ata. 1978.

OMS. Representación de la OMS en Angola. Información disponible en:  
<http://www.afro.who.int/pt/angola/representacao-da-oms-angola.html>

OMS. Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud. 2009.

OMS. *Health Action in Crisis: Angola.* Luanda, Angola: OMS, 2005.

OMS. *Angola, WHO Statistical Information System: WHO,* 2008.

OMS. *Angola.* Ginebra, Suiza: WHO Statistical Information System, 2008.

OMS. *TB Country Profile: Angola.* Ginebra, Suiza: WHO Statistical Information System, 2008.

OMS. *Mortality and Burden of Disease Estimates for WHO Member States in 2004.* Ginebra, Suiza: WHO, 2009.

OMS. *World Health Statistics 2009.* Ginebra, Suiza: OMS, 2009.

OMS. *Immunization profile- Angola;* Ginebra: WHO, 2009.

OMS. “Nivel de urbanización y factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Tamil Nadu, India.” *Boletín de la Organización Mundial de la Salud;* Recopilación de Artículos; Volumen 88, 2010.

OMS. “Urbanización y Salud.” *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* Recopilación de artículos; Volumen 88; abril 2010.

OMS. *Derecho a la salud. Nota descriptiva no. 323,* noviembre de 2012: WHO, 2012.

- OMS. Global health indicators 2012. Disponible en:  
[http://www.who.int/healthinfo/EN\\_WHS2012\\_Part3.pdf](http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Part3.pdf)
- OMS. Derecho a la Salud. Nota Descriptiva N°. 323. Noviembre, 2013.
- OMS. *Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. 2013.
- ONU, FAO. “Food security statistics: Prevalence of undernourishment in total population.” Roma. Italia: UN FAO, 2008.
- ONU. “La OMS afronta en Angola oposición para aislar a los infectados por el virus Marburgo.” *Centro de Noticias ONU*. 15 de abril de 2005. Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=4403#.Utl1wfVYXBY>
- ONU. “The right to adequate food.” Comentario General N°. 12; CESCR, 1999.
- ONU. “The right to adequate housing: forced eviction”; General Comment 7; CESCR; 20 de mayo, 1997.
- ONU. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 58.33, Documento A58/20. 25 de mayo de 2005.
- ONU. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 64.9, Documento WHA64/9. 24 de mayo de 2011.
- ONU. Comentario General de la Asamblea General de la ONU N°. 14. (36) (44).
- ONU. Declaración de Viena. 1993.
- ONU. Documento final de la Conferencia Rio+20 sobre el Desarrollo Sostenible. *El futuro que queremos*. 19 de junio de 2012.
- ONU. Observación General 12; “El derecho a una alimentación adecuada” (Artículo. 11); 12/05/99. E/C.12/1999/5, CESCR. 1999
- ONU. Office of the High Commissioner for Human Rights. Disponible en:  
<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>
- ONU. *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*. Oxford University Press, USA, 1987.
- ONU. Resolución 51/202; 20 de julio de 1998.

- ONU. *The Nature of State parties obligations* (Art. 2, par. 1); General Comment 3; CESCR; 14 de diciembre de 1990.
- ONU. *The right to the highest attainable standard of health*; General Comment 14; CESCR; 11 de agosto de 2000.
- ONU. United Nations System in Angola, *Angola: The Post-War Challenges: Common Country Assessment 2002*: United Nations, 2002.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1976.
- PNUD. Concepto de Desarrollo Humano. 20 de diciembre, 2008. Disponible en: <http://www.pnud.org.ni/noticias/564>
- PNUD. *Human Development Index 2009. Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*. Nueva York: Palgrave Macmillan, 2009.
- PNUD. *Human Development Report 2010*.
- PNUD. *Informe sobre el desarrollo humano*; PNUD; 1999.
- PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview.html>
- PNUD. *Resumen Informe sobre Desarrollo Humano 2013: El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. 2013.
- PNUD. Website disponible en: <http://hdr.undp.org/en/statistics/mpi>
- UNAIDS. “HIV prevalence percent by country, 1990-2007.” Ginebra, Suiza, 2007.
- UNESCO. “Early Childhood Care and Education Regional Report Africa”, *World Conference on Early Childhood and Education; Moscow, Russian Federation, 27-29 September*, 2010.
- UNICEF. “Multiple Indicator Cluster Surveys 2: Manual”; Nueva York, UNICEF, 2000.
- UNICEF. *Angola — Statistics*. New York, NY: UNICEF, 2011.
- UNICEF. *State of the World’s Children 2009: Maternal and Newborn Health*. Nueva York, NY: UNICEF, 2009.
- UNICEF. *The State of the World’s Children 1990 – 2000*.

## Informes, noticiarios y otras notas

“The IMF and the World Bank-The Facts.” *New Internationalist*, N°. 365, marzo 2004.

"Briefing on the International Conference on Birth Registration for Portuguese Speaking Countries 2005", *International Conference on Birth Registration for Portuguese Speaking Countries*, 2005.

“Angola deve criar Comissão de Verdade Nacional.” Entrevista com Luís do Nascimento. *Folha 8*. Edición N°. 919. 29 de mayo de 2008.

“Angola: Origins and Historical Development of the Constitution.” Background paper. [sin data] Disponible en: <http://web.up.ac.za/sitefiles/file/47/15338/Angola%20final.pdf>

“Demolições ilegais em Luanda fizeram dez mortos diz SOS Habitat”, *DW – Deutsch Welle*. Angola. Julio, 2013.

Diário da África. “Jornalistas Presos em Angola ao Cobrir Manifestação AntiGoverno” 7 de marzo de 2011.

“The IMF.” *The Guardian*. 7 de septiembre de 2001. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/globalisation/story/0,7369,548410,00.html>

“Vingt-cinq ans d’activité de L’Office International D’Hygiène Publique 1909 -1933.” Paris. 1933.

Agencia Efe, “Un nuevo ataque a la campaña de vacunación contra la polio.” 7 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/10/07/noticias/1381133615.html>

*Angola Civil Society Supplemental Information to the Angola Periodic Report on the Implementation of the African Charter on Human and People’s Rights*. Luanda, 2012.

Angola foreign assistance. Mongabay.com. [sin data] Disponible en: [http://www.mongabay.com/history/angola/angola-foreign\\_assistance.html](http://www.mongabay.com/history/angola/angola-foreign_assistance.html)

*Angonotícias*. “Diplomata angoleño nega hostilidades do Governo aos defensores dos direitos humanos.” 14 de abril de 2005. Disponible en: <http://www.angonoticias.com/Artigos/item/4523>

Banco Mundial, Enterprise Survey. Enterprise Surveys Country Profile – Angola 2006. Washington, DC: World Bank, 2007.

Banco Mundial y Enterprise Surveys, *Enterprise Surveys Country Profile - Angola 2006*; Washington D.C.: The World Bank, 2007.

Banco Mundial, *Angola: Petroleum sector non-lending technical assistance*. Disponible en: <http://go.worldbank.org/M69ZBBCQ00>2010>

Banco Mundial, *Education Quality and Economic Growth*, 2007.

Banco Mundial, European Commission, Food and Agricultural Organization, et al., *Angola Public Expenditure Review. Volume II: Sectoral Review*. The World Bank, 2007.

Banco Mundial. *Angola: Oil, Broad-based Growth, and Equity*. Washington DC: World Bank, 2007.

Banco Mundial. *Angola: Project Information Document (PID) Appraisal Stage. Report N° AB4517*. Washington DC. World Bank, 2009.

Banco Mundial. *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. Policy Research Report. 2009.

Banco Mundial. *Country Brief: Angola*. Disponible en: <http://go.worldbank.org/6LIK1A3SS0>

Banco Mundial. Millennium Development Goals (MDG) Data on Angola. Washington, DC: World Bank, 2007.

Banco Mundial. *World Development Indicators 2011*. Washington DC: World Bank, 2011.

Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. 1981.

Carta Social Europea. 1961.

Comité Internacional de La Cruz Roja (CICR), Treaties and State Party to Such Treaties. Disponible en: <http://www.icrc.org/ihl/INTRO/380>.

Connor, C. Rajkotia, Y. Lin, Y-S. Figueredo, P. *Angola Health System Assessment*. Bethesda, MD: USAID y Abt Associates Inc., 2005.

Consultoria de Serviços e Pesquisas, Consultoria Lda, Consultoria de Gestão e Administração em Saúde – Consaude Lda, Macro International Inc. *Malaria Indicator Survey 2006 – 2007*. Calverton, MD: Macro International Inc., 2007.

Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador), 1988.

Department of Health and Human Services, U.S., “Literacy and Health Outcomes”, *Evidence Report/Technology Assessment*, /87, 2004.

Dolan. K, “Isabel Dos Santos, Daughter Of Angola's President, Is Africa's First Woman Billionaire.”, *Forbes*, 23 de enero de 2013.

“Early Postpartum visits from Community Health Workers Reduce Neonatal Mortality in Bangladesh”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35/4, Guttmacher Institute. 2009.

Embaixada de Angola en Portugal, Privatizações. [sin data] Disponible en:  
<http://www.embaixadadeangola.org/privatizacoes.htm>

Europa Publications, ed. *Africa South of the Sahara*. London, UK: Routledge, 2003.

FMI. Angola: *Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding*. 2009. Disponible en:  
<http://www.imf.org/external/np/loi/2009/ago/110309.pdf>

FMI. Informe en Website disponible en:  
<http://imf.org/external/pubs/ft/survey/sup0900/index.htm>

FMI. Staff Country Report no. 95/122. Disponible en:  
<http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=627.0>

FMI. *World Economic Outlook Database*. Washington. DC: IMF, 2009.

Forbes, *Update 1-World Bank to loan Angola \$1 bi to diversify economy*, *Forbes*, 2008;  
Disponible en: <http://www.forbes.com/feeds/afx/2008/11/19/afx5713721.html>

Freedom House. *Angola Country Report*, 2009.

Glewwe, P., Miguel, E., “The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Less Developed Countries”, *Handbook of Development Economics*, 4. 2008.

HRW. *Angola Explicada: Ascensão e Queda do Processo de Paz de Lusaka*. Nueva York, Diciembre de 1999.

HRW. “Angola Explain Missing Government Funds: State Main Oil Company is Focus of Investigation.” NY, 21 de diciembre, 2011.

HRW. “Resumen por País: Angola.” *Relatório Anual 2013*. Nueva York, NY, enero de 2013.

IFAD. *Enabling the Rural Poor to Overcome Poverty in Angola*. Roma, Italia: IFAD, 2006.

Instituto Nacional de Estatística e UNICEF. *Multiple Indicator Cluster Survey: Assessing the Situation of Angola Children and Women at the Beginning of the Millennium*. Luanda, Angola: INE y UNICEF, 2003.

- Integrated Regional Information Networks (IRIN). “Angola: Cabinda, one of Africa’s longest, least reported conflicts.” Johannesburgo, SudAfrica. 6 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.irinnews.org/InDepthMain.aspx?InDepthId=25&RportId=66282>.
- International Center for Transitional Justice. “Criminal Justice”. Website Ourwork disponible en: <http://www.ictj.org/our-work/transitional-justice-issues/criminal-justice>
- Jamasmie, C., *Angola’s diamond industry to regain record production levels*. Mining.com, 24 de octubre de 2013. Disponible en: <http://www.mining.com/angolas-diamond-industry-to-regain-record-production-levels-report-29501/>
- Mason, J., et. al., 'Community Health and Nutrition Programs', en Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R., et. Al., editores. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington (DC), World Bank, 2006.
- Minorities at Risk Project. *Assessment for Ovimbundu in Angola*. College Park, MD: University of Maryland, College Park, Center for International Development and Conflict Management, 2000.
- República de Angola y PNUD, “Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: Relatório de Progresso 2005”; Luanda, Angola, 2005.
- República de Angola y PNUD. *Angola: Millennium Goals Report Summary 2005*. Luanda, Angola, 2005.
- República de Angola, Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, UNAIDS. Relatório da *UNGASS 2007*. Luanda, Angola. 2007.
- Republica de Angola, Lei Nº. 23/92 de 16 de septiembre de 1992.
- República de Angola, Ministério da Saúde, OMS, UNICEF, UNFPA. *Strategic Plan for the Accelerated Reduction of Maternal and Child Mortality in Angola 2004-2008*. Luanda, Angola: Ministério da Saúde e Diretoria Nacional de Saúde Pública, 2004.
- República de Angola. *A World Fit for Children: Actions Undertaken to Meet the Commitments to the United Nations General Assembly Special Session on Children 2002-2006*. Luanda, Angola, 2007.
- Reuters. “Richest 1% Hold 46% of World’s Wealth,” *Huffington Post*. 9 de Octubre de 2013.
- Stark-Merklein, B., “Angolan landmine survivors build a school and look to the future.” *UNICEF*, 2006; Disponible en: [http://www.unicef.org/protection/angola\\_36659.html](http://www.unicef.org/protection/angola_36659.html)
- TFV. “Mobilizing resources and supporting the most vulnerable victims through earmarked funding”. Program Progress Report. 2012.

Trading Economics, “Angola Population.” 2013.

Transparency International. “Corruption Perception Index 2012”. Berlin, Germany: Transparency International, 2012.

USAID. *HIV/AIDS Health Profile: Angola*. Washington, CD: USAID, 2008.

Valpuesta, R. en seminario de la Universidad Pablo de Olavide, “De la democracia representativa a la democracia real.” julio y agosto de 2012. [notas de la autora]



## **ABREVIATURAS**

ACS	Agente Comunitario de Salud
ARV	Antiretroviral
CEDAW	Convencion sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
DESC	Derechos Economicos, Sociales y Culturales
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública (Angola)
EC	Enfermero Comunitario
FLEC	Frente de Libertação do Enclave de Cabinda
FMI	Fondo Monetario Internacional
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IRA	Infección Respiratória Aguda
MIS	Encuesta Indicadora de Malaria (Malaria Indicator Survey)
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
OCDE	Organización para Cooperación y Desarrollo Economico
ODM	Objetivos del Milenium
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIDCP	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Economicos, Sociales y Culturales
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RDC	República Democrática del Congo
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida